

# **Att minska risken för fallolyckor bland patienter**

– Fokusgruppintervjuer med vårdpersonalen på en hälsovårdscentrals bäddavdelningar

Elina Valkonen

Examensarbete

Fysioterapi

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	4486
Författare:	Elina Valkonen
Arbetets namn:	Att minska risken för fallolyckor bland patienter – Fokusgruppintervjuer med vårdpersonalen på en hälsovårdscentrals bäddavdelningar
Handledare (Arcada):	Göta Kukkonen
Uppdragsgivare:	Hälsovårdscentrals sjukhus i Nyland
<p>Sammandrag:</p> <p>Examensarbetets syfte är att lyfta fram vårdpersonalens åsikter om hur man på en hälsovårdscentrals bäddavdelningar beaktar risken för fall, hur man kunde minska på antalet fallolyckor och hur IKINÄ -handboken och -funktionsmodellen kunde användas ändamålsenligt för att förbättra patientsäkerheten vad gäller fallolyckor. Som bakgrundsmaterial användes IKINÄ -handboken, forskningsartiklar och geriatrisk litteratur. Datainsamlingen utfördes som semistrukturerade fokusgruppintervjuer med vårdpersonalen på två bäddavdelningar (n=9) på en hälsovårdscentrals sjukhus. Materialet bearbetades med hjälp av innehållsanalys. Resultatet tyder på att vårdpersonalen har mycket kunskap kring förebyggande av fallolyckor, men att förverkligandet av de förebyggande åtgärderna inte har varit fullständigt systematiskt. Risken för att falla beaktas främst genom kännedom av patienterna, användning av passliga hjälpmedel och höftskydd, uppföljning av medicineringen och näringsintaget, uppmuntran till fysisk aktivitet, användning av ett anmälningsprogram för risksituationer samt i vissa fall begränsning av patientens rörelseförmåga. Som största riskfaktorer för fall nämndes omgivningsfaktorer som trånga utrymmen, hala golv och bristen på lämpliga skodon samt brist på förkunskap om de patienter som blir intagna på hälsovårdscentrals bäddavdelningar. IKINÄ -modellen hade inte tagits i aktivt bruk på någondera avdelningen, men en del av testerna var bekanta för vårdpersonalen från förr. För att IKINÄ -modellen i fortsättningen kunde användas ändamålsenligt på avdelningarna behövs det en tydlig uppdelning av ansvarsområden inom förebyggande av fall, praktiskt inriktad skolning av personalen och systematisering av förebyggande åtgärder.</p>	
Nyckelord:	fallolyckor, IKINÄ -modellen, äldre, förebyggande av fall, hälsovårdscentrals sjukhus
Sidantal:	55
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	20.11.2013

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	4486
Author:	Elina Valkonen
Title:	How to prevent accidental falls of the patients – Group interviews of health care staff on health care stations' wards
Supervisor (Arcada):	Göta Kukkonen
Commissioned by:	Health care stations' wards in Nyland
<p>Abstract:</p> <p>The aim of this degree thesis is to find out the health care staff's views on how the risk of accidental falls is taken into account on the wards of a health care station, to describe how the amount of falls could be decreased and to illustrate in which ways IKINÄ guide and operations model could be used to improve patient safety concerning accidental falls. IKINÄ guide, research articles and geriatric literature are used as background material for the study. Data collection was performed as semi structured group interviews of the health care staff on two wards (n=9) on a health care station. The material is structured by means of content analysis. The results show that the health care personnel has a lot of knowledge about prevention of accidental falls, but the implementation of the prevention proceedings has not been systematic enough. The risk of falls is mostly taken into account through obtaining information about the patients, using suitable aids and hip protectors, following the state of medication and nutrition, encouraging to physical activity, using a monitoring program for reporting dangerous situations and in some cases restricting the freedom of movement. Lack of space, slippery floors, a need for appropriate shoes and lack of prescience about the incoming patients were mentioned as the biggest risk factors for fall. IKINÄ operations model was not in active use on neither ward, but some of the tests were familiar for the health care staff from before. A clear partition of the areas of responsibility in preventing accidental falls, practical education of the health care staff and organization of preventive proceedings is needed for appropriate use of IKINÄ guide in the future.</p>	
Keywords:	falls, IKINÄ operations model, elderly people, falls prevention, health care station wards
Number of pages:	55
Language:	swedish
Date of acceptance:	20.11.2013

OPINNÄYTETYÖ	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	4486
Tekijä:	Elina Valkonen
Työn nimi:	Miten potilaiden kaatumisriskiä voisi pienentää – Hoitohenkilökunnan ryhmähaastatteluja terveyskeskus- sairaalassa
Työn ohjaaja (Arcada):	Göta Kukkonen
Toimeksiantaja:	Terveyskeskussairaala Uudellamaalla
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Opinnäytteen tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan näkemys siitä, miten potilaiden kaatumisriski huomioidaan terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla, miten kaatumisia voisi vähentää sekä millä tavoin IKINÄ- käsikirjaa ja -mallia voisi hyödyntää potilasturvallisuuden parantamiseksi kaatumisten osalta. Aineistonkeruun metodina on käytetty hoitohenkilökunnan puolistrukturoituja ryhmähaastatteluja kahdella terveyskeskuksen vuodeosastolla (n=9). Materiaali on työstetty sisällönanalyysia käyttäen. Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnalla on paljon tietoa kaatumisen ehkäisystä, mutta ehkäisevien toimenpiteiden toteutus ei ole kaikilta osin järjestelmällistä. Tärkeimmiksi keinoiksi potilaiden kaatumisriskin huomiointiin koettiin potilaiden tunteminen, sopivien apuvälineiden ja lonkkasuojien käyttö, lääkehoidon ja ravitsemuksen seuranta, fyysiseen aktiivisuuteen kannustaminen, vaaratilanteiden dokumentointi sekä joissakin tapauksissa potilaan liikkumisvapauden rajoittaminen. Suurimpina riskitekijöinä kaatumisille koettiin ahtaat tilat, liukkaat lattiat, sopivien jalkineiden puute sekä ennakkotiedon puute osastolle joutuvista potilaista. IKINÄ -malli ja -käsikirja eivät olleet kummallakaan osastolla aktiivisessa käytössä, mutta osaa myös IKINÄ -oppaaseen kuuluvista testeistä käytettiin jo ennuudesta. Jotta IKINÄ -mallia voidaan jatkossa hyödyntää tarkoituksenmukaisesti, tarvitaan selkeämpää vastuualueiden jakoa kaatumisten ehkäisyssä, henkilökunnan käytännönläheistä koulutusta sekä ennaltaehkäisevien toimien systematisointia.</p>	
Avainsanat:	kaatuminen, IKINÄ -malli, iäkäs, kaatumisen ehkäisy, terveyskeskussairaala
Sivumäärä:	55
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	20.11.2013

# INNEHÅLL

<b>Förord .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Inledning.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Bakgrund.....</b>	<b>9</b>
2.1 Fallolyckor – ett folkhälsoproblem .....	9
2.2 Tidigare forskning om fallolyckor och förebyggande av dem .....	11
2.3 IKINÄ -funktionsmodellen och -handboken .....	18
2.4 Undersökningens omgivning .....	20
<b>3 Syfte, frågeställningar och problemavgränsning.....</b>	<b>22</b>
<b>4 Metoden.....</b>	<b>23</b>
4.1 Genomgång av litteraturen.....	23
4.2 Kvalitativ forskning.....	23
4.3 Fokusgruppsintervju .....	24
4.4 Informanter .....	25
4.5 Undersökningens tillförlitlighet.....	25
4.6 Etiska överväganden .....	26
4.7 Intervjuguiden .....	27
4.8 Innehållsanalys.....	29
<b>5 Resultat .....</b>	<b>29</b>
5.1 Omgivningsfaktorer .....	30
5.1.1 Utrymmen på hälsovårdscentrals bäddavdelningar .....	30
5.1.2 Olämpliga golvmaterial och små förändringsarbeten .....	32
5.1.3 Behovet av lämpliga skodon .....	33
5.1.4 Användning av höftskydd .....	35
5.2 Faktorer som har samband med personalen .....	36
5.2.1 Vårdpersonalens kännedom om patienterna .....	36
5.3 Praxis som ökar patientsäkerheten gällande fallolyckor .....	38
5.3.1 Ankomstintervju och lämpliga hjälpmedel .....	38
5.3.2 Aktivitetsfrämjande .....	39
5.3.3 Samarbete med andra vårdanstalter.....	40
5.3.4 Uppföljning av mediciners inverkan och individuell medicinering .....	41
5.4 Faktorer som har samband med patienten .....	42
5.4.1 Näringstillstånd .....	42
5.4.2 Hur kan patienten med rädsla för att falla stödas?.....	43

5.4.3	Kognitionens betydelse i förebyggandet .....	44
5.5	IKINÄ -funktionsmodellen och vårdpersonalens inställning till den.....	45
<b>6</b>	<b>Sammanfattande diskussion .....</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>49</b>
7.1	Kritisk granskning av arbetet .....	49
7.2	Arbetets betydelse och förslag för vidare forskning .....	50
7.3	Avslutande reflektion .....	51
<b>10</b>	<b>Källor.....</b>	<b>52</b>

# FÖRORD

Ett antal människor har bidragit med avgörande insatser till förverkligandet av detta examensarbete.

Jag vill tacka personalen på den undersökta hälsovårdscentralens bäddavdelningar, som har möjliggjort arbetet genom att ställa upp som informanter och delat med sig av sina kunskaper och erfarenheter. Tack även till avdelningsledningen för det intresse och engagemang som de visat för examensarbetet, och för den positiva inställning som de haft för utvecklandet av avdelningarna.

Tack till Institutet för hälsa och välfärd för möjligheten att delta i IKINÄ -utbildningen och till Göta Kukkonen för hjälp och handledning under skrivprocessen.

Till slut vill jag varmt tacka min familj och mina vänner för det tålamod de visat och allt stöd de gett. Ett speciellt stort tack till pappa för goda råd och till Benjamin och Frida för hjälp med språket och översättningarna.

25.10.2013

Elina Valkonen

# 1 INLEDNING

Falloolyckor är ett globalt hälsoproblem. En falloolycka är den näst allmännaste orsaken för oavsiktligt olycksbetingad död runt om i världen. Även i Finland är falloolyckorna och förebyggandet av dem ett aktuellt ämne när befolkningen håller på att åldras, för att hög ålder är en av de största riskfaktorerna för fall. Det har forskats mycket kring ämnet och olika rekommendationer om förebyggande åtgärder finns redan dokumenterat, men en utmaning är hur rekommendationerna bäst kunde tillämpas i praktiken. Systematisering av förebyggande åtgärder är speciellt viktigt inom hälso- och sjukvården.

Detta examensarbete är en del av ett samarbete gällande förebyggande av falloolyckor hos de äldre, som Yrkeshögskolan Arcada och Institutet för hälsa och välfärd (THL) inlett under hösten 2012 i form av examensarbeten. Kontexten för detta examensarbete är två bäddavdelningar på en hälsovårdcentrals sjukhus. På dessa avdelningar introducerade Institutet för hälsa och välfärd IKINÄ -konceptet (*Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy, Förebyggande av falloolyckor hos de äldre*) för vårdpersonalen i januari 2013.

Syftet med examensarbetet är att få förståelse för hur falloolyckor beaktas på avdelningarna, vad som kunde göras för att minska antalet fall i fortsättningen samt på vilket sätt IKINÄ -konceptet kunde användas i vårdarbetet. Datainsamlingen för examensarbetet genomfördes som två gruppintervjutillfällen med vårdpersonalen under våren 2013.

Resultaten för undersökningen tyder på att vårdpersonalen är medveten om risken för fall och förebyggande åtgärder. Uppföljning av medicineringen och näringsintaget, användning av höftskydd och passliga hjälpmedel, uppmuntran till fysisk aktivitet, ankomstintervjun och dokumentering av risksituationer ansågs vara de viktigaste förebyggande åtgärderna. Omgivningsfaktorer och bristen på skodon upplevdes som största riskfaktorerna för fall. IKINÄ -modellen hade inte tagits i bruk på avdelningarna i större utsträckning, men en del av testerna var bekanta för vårdpersonalen från förr.

För att förebyggandet av falloolyckor skall vara effektivare och ändamålsenligare i fortsättningen, behövs det en tydlig uppdelning av ansvarsområden, praktiskt inriktad skoling av personalen och systematisering av förebyggande åtgärder. Små förändringsarbeten som att skaffa halkskyddsmattor, organisera förrådsutrymme och lösa skoproblemet



skulle kunna förbättra patientsäkerheten på avdelningarna.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Fallolyckor – ett folkhälsoproblem

Fall definieras som *”en händelse då en person oavsiktligt kommer till vila på en nivå lägre än vanligt i frånvaro av en påverkande kraft, svimning eller stroke”* (Dehlin & Rundgren 2007 s.151).

Fallolyckor är ett betydande problem för folkhälsan runt om i världen. Frekvensen av fall ökar med åldern och skörheten. Över 60-åriga är globalt den snabbast ökande åldersgruppen, och åldrandet av befolkningen kommer att skapa utmaningar för förebyggandet av fallolyckor i framtiden (WHO 2007 s.1-3). Enligt WHO faller 28-35 % av över 65-åriga årligen (WHO 2012). Fallolyckor är den näst vanligaste orsaken till olycksbetingad död, och uppskattningsvis 37,3 miljoner fall kräver årligen medicinsk vård. Incidensen av fallrelaterade skador som frakturer och ryggmärgsskador har ökat med 131 % under de senaste 30 åren. Om förebyggande åtgärder inte tas i bruk i nära framtiden, förväntas mängden fallrelaterade skador ha ökat med ytterligare 100 % år 2030. (WHO 2007 s.1-3.)

Även i Finland håller befolkning på att åldras, och fallolyckorna kommer att utgöra en utmaning för både folkhälsan och nationalekonomin i framtiden (THL 2013 a). År 2010 var 17 % av Finlands befolkning över 65-åriga. År 2060 förväntas andelen stiga till 28,2 %. Detta motsvarar en ökning på ca 810 000 personer (FOS: Befolkningsprognos, Befolkning efter ålder 1900–2060). Sammanlagt 1 212 personer dog år 2011 till följd av ett fall eller en avfallning (Suomen virallinen tilasto: Kuolemansyyt 2011). Hos över 65-åriga är fallolyckor den vanligaste dödsorsaken i samband med olycka. Av olyckor som inträffar bland de äldre är 80 % förorsakade av fall, avfallning eller halkolycka. Enligt Institutet för hälsa och välfärd har antalet fallolyckor fyrfaldigats under de 25 senaste åren (THL 2013 a). Statistiken kan givetvis påverkas av att dokumenteringen av fallolyckorna troligtvis blivit noggrannare inom hälso- och sjukvården.

Följderna till fallolyckor kan vara grava och långvariga, framförallt för äldre personer. De mest ödesdigra följderna av fall är oftast höftfrakturer och huvudskador (Jäntti 2008 s. 288). År 2009 behandlades över 6100 nya höftfrakturpatienter på sjukhus runt om i Finland. Av dem som fått höftfraktur blev 12,6 % långtidspatienter dvs. stannade på vårdanstalt åtminstone 120 dygn efter uppkomsten av frakturen, och 20,5 % dog inom ett år efter uppkomsten av frakturen. När uppföljningsåret efter uppkomsten av frakturen, det vill säga vårdperioder på sjukhus eller vårdanstalt samt besök i öppenvården, räknas med, är kostnaderna för en höftfraktur ca 21 700€ per patient. (THL, PERFECT.)

Finska hälsovårdslagen utgör grundprinciperna för hälso- och sjukvården. Enligt lagen ska *“Verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt.”* (Hälso- och sjukvårdslag 8§; Kvalitet och patientsäkerhet.) Detta betyder att lagen ålägger vårdanstalter och personal till förebyggande av skada och olyckor. En av Finska patientsäkerhetsstrategins målsättningar för åren 2009-2013 är att yrkespersonalen följer principer av befrämjande av patientsäkerheten i sitt arbete, tillämpar dess centrala medel samt utnyttjar verktyg, guiden och rekommendationer för befrämjande av patientsäkerheten (Suomen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013 s.18). Med andra ord har vårdanstalter en lagbunden skyldighet att se till att patientsäkerheten förverkligas, att den praxis som används är evidensbaserad och att vården är av hög kvalitet. Detta betyder att även förebyggandet av fallolyckor hör till vårdanstalternas grundläggande skyldigheter.

Ofta anser man sjukhus vara trygga ställen för patienter. De patienter som är intagna på bäddavdelningar tillhör dock ofta riskgruppen för fallolyckor på grund av faktorer som till exempel flermedicinering, försämrad balans och kognitiva problem. Bäddavdelningen är en främmande omgivning för patienterna, som ofta har en nedsatt funktionsförmåga på grund av allvarliga sjukdomstillstånd. En fallolycka kan orsaka grava benfrakturer och ge behov för långa perioder av immobilisering, vilket kan vara ödesdiger för en person med ett försämrat hälsotillstånd. På bäddavdelningarna där det finns patienter som självständigt rör på sig finns det sällan resurser för individuell uppföljning dygnet runt. Detta leder till att ibland uppstår det oundvikliga risksituationer. Det kan vara problematiskt att beakta risken för fallolyckor och minska riskfaktorerna samtidigt som man uppmuntrar klienter till egen aktivitet för att upprätthålla och förbättra funktions-

förmågan. Alla fall kan inte förebyggas, men det finns mycket man kan göra för att minska på antalet av dem.

Mycket undersökning har gjorts kring förebyggande av fall, men ett av det aktuella problemet är hur undersökningsresultaten och rekommendationerna bäst kunde tillämpas i praktiken. Man strävar till att rekommendationerna skulle synas på vårdanstalter som praktiska åtgärder och verksamhetsmodeller och att beaktande av fallolyckor och risken för dem skulle rutinmässigt tas upp och diskuteras med patienterna och bland mångprofessionella vårdpersonalen. För att förebyggandet skall vara effektivt, systematiskt och organiserat behövs det strategier och praktiska åtgärder för förverkligandet.

## **2.2 Tidigare forskning om fallolyckor och förebyggande av dem**

Fallolyckor är den mest allmänna typen av olyckor på sjukhus, vilket borde beaktas redan på administrativa nivån i riskhantering av vårdinstitutioner. Antalet fallolyckor är beroende av patientunderlaget på vårdanstalter, och därför borde inte jämförelser om vårdkvaliteten göras endast på basis av statistiken över fall. Orsaken bakom fall är ofta en blandning av olika faktorer som till exempel svaghet, långvariga eller akuta medicinska tillstånd, medicinering, patientens eget beteende och omgivningsfaktorer. (Oliver 2007.) I detta kapitel behandlas tidigare forskningsresultat och litteratur gällande var och när fallolyckorna sker i sjukhusomgivning, vilka är orsakerna bakom fall och hur kunde fallolyckor förebyggas.

### ***Var händer fallolyckorna?***

Lee & Stokic (2008) har gjort en retrospektiv studie för att avgöra riskfaktorerna för fall på en rehabiliteringsanstalt (n=1472). Största delen av fallolyckorna hände på dagen (85 %) i patientrummet (90 %) och var icke- observerade av personalen (74 %). Corsinovi et.al. (2008) har fått liknande resultat i en longitudinell observationsstudie där man undersökt incidensen, förutsäggande tecken och karakteristiska drag för fall (n= 620) på en akut geriatrisk avdelning. Största delen av fallolyckorna hände under dagtid i patientrummet och bara 13,7 % i badrummet och 12,6 % i korridoren. Av alla fallolyckor skedde 51 % utgående från sängen. En retrospektiv tabellöversikt över tidpunkter på fallolyckor på en akut rehabiliteringsenhet (n= 367) av Frisina & Guellnitz (2010) stöder antagandet om att fallolyckor är betydligt mycket vanligare i patientrummen jämfört

med badrummet, gymmet eller andra utrymmen på vårdanstalten. Detta kan till stor del bero på att patienterna spenderar en stor del av dagen i sitt rum. Som en lösning till detta föreslår Frisina & Guellnitz att patienterna skulle uppmanas till att använda allmänna utrymmen som vardagsrummet, för att vårdpersonalen bättre skulle kunna övervaka dem. Frisina & Guellnitz anser även att strategier som fokuserar på aktiviteter utanför patientrummet borde användas, speciellt då det handlar om patienter med kognitiva problem som stroke eller hjärnskada.

### ***När händer fallolyckorna?***

De första veckorna i anstaltomgivning utgör den största riskperioden för fall (Jäntti 2008 s.296; Nygaard 2008 s.238). I undersökningen av Lee & Stokic (2008) hände ungefär hälften av fallolyckorna under första veckan efter intagningen på rehabiliteringsanstalt, och en fjärdedel under andra veckan. I observationsstudien av Corsinovi et.al. (2010) hände cirka hälften av fallolyckorna under första veckan efter intagning på geriatriska akutavdelningen, speciellt under de tre första dagarna. Enligt Corsinovi et.al. förstärker detta på antagandet att intagningen på sjukhus i sig är en viktig riskfaktor för fall.

I undersökningen av Frisina & Guellnitz (2010) kom det fram att prevalensen för fallolyckor och fallrelaterade skador var betydligt större under dagtiden jämfört med kvällen och natten. Fallrelaterade skador förekom lika ofta under dagen och natten (ca 31 %) men betydligt mera sällan på kvällen (ca 25 %). Detta förklarades delvis med dagliga aktiviteter som förflyttningar och toalettbesök. På natten finns det ofta mindre personal på anstalter, vilket kan leda till ökad risk för fallolyckor då patienterna t.ex. besöker toaletten ensam. Det upptäcktes även skillnader mellan olika patientgrupper i när de fallolyckor som leder till skador sker; patienter som haft stroke har en betydelsefullt större sannolikhet att skada sig i samband med fall på dagen, medan patienter med hjärnskada har större tendens att få fallrelaterade skador på natten. (Frisina & Guellnitz 2010.) Fallrelaterade skador som uppstår på natten nämns också i geriatrisk litteratur. Av alla fallolyckor som leder till höftfraktur sker cirka en femtedel på natten, oftast i samband med toalettbesök (Lönnerros 2008 s.302).

### ***I vilka situationer faller patienterna?***

Robinovitch et.al. (2010) har gjort en omfattande undersökning genom att filma patienter på två långvårdsanstalt för över 39 månader för att utreda de allmänaste situationerna i vilka fallolyckorna händer. Den använda metoden dvs. filmbaserade analysen, är tillsvidare enastående i fallolycksforskning. Filmmaterialet bestod sammanlagt av 221 fallolyckor. Resultaten visade att i 40 % av fallolyckorna orsakades av en inkorrekt tyngdöverföring. Övriga fall hände tillexempel som följd av att patienten snubblat, slagit sig eller haft brist på stöd. Största delen av fallolyckorna hände i samband med att patienten gick framåt, satt stilla eller skulle sätta sig.

### ***Omgivningsfaktorernas betydelse i förebyggande av fall***

Omgivningsfaktorerna spelar en stor roll i förebyggande av fall hos personer med försämrad funktionsförmåga eller ökad risk för fall. Omgivningen kan antingen vara en trygghetsfaktor som främjar rörelseförmågan eller ett hot som ökar riskerna. Belysningen, golvytor, säng och stolar är viktiga att lägga märke till då man beaktar risken för fall. Omgivningen ska organiseras så att den stöder varseblivningen. (Jäntti 2008 s.299.)

Hala, bländande eller ojämna golvytor kan öka risken för fall för äldre patienter. Stolarna och sängen borde vara inställda på en lämplig höjd så att patienten har knäna i 90 graders vinkel och fötterna stadigt på marken före uppstigning. Sängkanterna får inte hållas uppe för patienter som självständigt rör på sig. Möbler och föremål ska organiseras så att de inte ökar risken för att snubbla, och stödräck i toaletten och badrummet underlättar förflyttningen. Speciellt för dementa äldre personer är det viktigt att kunna gestalta omgivningen väl, och kontraster som tillexempel tavlor på väggarna underlättar varseblivningen. Även belysningen spelar en stor roll i förebyggande av fall. En äldre person behöver ca 2-3 gånger mera ljus än de yngre för att se väl. Å andra sidan kan ett för starkt ljus försvåra synen och öka risken för fall. (Jäntti 2008 s.299-301.)

Säkerhetsteknologin håller på att utvecklas hela tiden och kommer högst antagligen att spela en stor roll i förebyggandet av fall i framtiden. Exempel på teknologi som redan används är rörelsedetektorer som tänder lamporna i toaletten, armband som larmar då en minnessjuk patient stiger upp från sängen och mattor som skickar nödsignaler till vårdpersonalen då en patient fallit.

### ***Lämpliga skodon och användning av höftskydd***

Dåliga skor som försvårar både gången och upprätthållandet av balansen ökar risken för fall. Även olämpliga eller för stora skor försvårar rörelserna och kan leda till att man snubblar. Att röra på sig strumpfotad eller att gå i skor med läderbotten ökar risken för fallolyckor, men även skor med tjockt botten som t.ex. joggingskor minskar känselperceptionen från golvytan, vilket försämrar känslan för den upprätta ståendeställningen. (Jäntti 2008 s.297.) Användning av höftskydd minskar risken för frakturer vid fall endast då de används hela tiden (Käypä hoito: Lonkkamurtuma).

### ***Fallmekanismen och åldersbetingade förändringar i kroppen***

Hjärnan får information om kroppens ställning och rörelse med hjälp av proprioceptiva receptorer i muskler, sensorer och leder. Receptorer i huden och underhudsvävnad på fotsulan reagerar på mekanisk sträckning och tryck. Impulser om kroppens förändrade ställning vid till exempel snubbling bearbetas i hjärnan, och muskelgrupper som kontrollerar balansen aktiveras för att återvinna ett stabilt läge. Om detta inte sker tillräckligt snabbt hinner kroppsställningen inte korrigeras och man faller omkull. Hos äldre personer sker impulsöverföringen långsammare och tröskeln för aktivering av proprioceptiva receptorer stiger. Åldersbetingade förändringar i kroppen leder även till att även posturala reflexerna blir långsammare. Detta kompenseras av automatiska sträckreflexer som försämrar balansen. Kroppen blir långsammare på att anpassa sig till förändringar av kroppsställning, och kompensationsmekanismen aktiveras inte lika lätt som hos yngre personer. Aktiveringen sker långsammare och med mindre styrka, vilket leder till ökad tendens för fall. (Nygaard 2005 s.223- 225)

Immobilitet i form av sängläge leder till muskelatrofi och reduktion av muskelstyrkan. Muskler som är specialiserade på att åstadkomma snabba kontraktioner drabbas mest. Sängläge minskar snabbt på muskelstyrkan, till och med 1 % per dygn hos äldre personer, och återupphämtningen av styrkan kan ta länge. (Nygaard 2005 s.223-225.) Muskelstyrkan behövs för att gången och förflyttningar skulle vara trygga. De muskler som kontraheras snabbt behövs för att korrigera kroppsställningen då man håller på att falla.

### ***Påverkan av medicinering***

Ju flera mediciner en åldrad person använder, desto större är risken för fall (Jäntti 2008 s.293). Flermedicinering och läkemedel som benzodiazepiner, antidepressanter, diuretika, non-steroidala anti-inflammatoriska mediciner, narkotika och kalciumkanal antagonister har påvisats ha ett klart samband med en hög falltendens (Corsinovi et.al. 2008). En del mediciner har biverkningar som påverkar de kroppsfunktioner och skyddsreaktioner som förebygger fall. Neuroleptika kan ge upphov till darrningar, muskelstelhet och problem med gången. Användning av psykofarmaka kan leda till deliriumtillstånd, och i vissa fall även minska muskelstyrkan i benen och försvaga de sensoriska förmåorna. Det uppstår risksituationer då medicineringen gör kroppens försvarsmekanismer långsamma i situationer där man förlorat balansen. Blodtrycksmedicinering och diuretika kan sänka blodtrycket till en för låg nivå, vilket kan leda till ortostatiska reaktioner. Även antidepressiva mediciner kan ge behov till ortostatisk hypotoni (Nygaard 2008 s.233-235.), som kan öka risken för fall.

### ***Yrsel och ortostatisk hypotoni***

När man stiger upp från sängen, dvs. ändrar kroppsställning från liggande till stående, sjunker blodtrycket då blodet samlas i de arbetande musklerna i benen. Då minskar den effektiva cirkulerande blodmängden i kroppen. (Nygaard 2008 s.232.) Det sjunkande blodtrycket är den viktigaste orsaken bakom fallolyckor som sker på grund av yrsel. Ortostatiska hypotonin kan ofta lindras genom att minska på dosen av blodtrycksmedicineringen eller avsluta medicineringen, samt genom användning av stödstrumpor. (Jäntti 2008 s.291)

### ***Patientens kognitiva förmåga och vårdpersonalens inställning till den***

En litteraturöversikt av Walker (2004) antyder att förvirrade patienter som är intagna på sjukhus har större risk att falla än patienter med normal kognitiv förmåga, och att vårdpersonalen ofta känner att de inte finns mycket de kan göra för att hindra dessa patienter från att falla. Antalet fallolyckor av förvirrade patienter kan förminskas genom att öka vårdpersonalens medvetenhet om att lägga märke till förvirring, samt genom enkla åtgärder och kommunikation som ökar tryggheten på avdelningen. Walker framhäver att attityden om att fallolyckor hos förvirrade äldre patienter är oundvikliga, finns kvar hos vårdpersonalen, men att attityderna kan förändras genom utbildning. Walker hänvisar

till flera forskningar som bevisar att implementering av förebyggande program för fallolyckor, som också innehöll utbildning för personalen, minskade antalet fall.

### ***Patientens synpunkt och rädsla för fall***

Carrol et.al. (2008) har gjort en intervjustudie om akutvårdpatienternas synpunkter på fall och deras föreslag för förebyggande av fall. Samplet har varit litet (n=9), men resultatet kan ses som riktgivande information om hur patienter och deras behov bättre kunde beaktas av vårdpersonalen. Patienterna upplevde att balansförlust i samband med behov av att komma till toalett samt oförväntad svaghet var största orsakerna för fall. Patienterna ville inte kalla för hjälp för att de upplevde att vårdpersonalen hade bråttom. De uttryckte ett klart behov av att känna att vårdpersonalen inte blev störda på att de bad om assistans.

Carrol. et.al (2008) hänvisar till flera studier där äldre vuxna ansåg att balansen, brist på koncentration och medicinpåverkan är de viktigaste personliga orsakerna för fall. Informationen om risken för fallolyckor ansågs höra till sunt förnuft och informanterna upplevde att informationen var ämnad till andra än dem själva. Äldre kvinnor ville inte erkänna risken för fall och avvisade råd om förebyggande av fallolyckor, för att de upplevde råden som ett hot mot deras autonomi och identitet.

Gillespie & Friedman (2007) har gjort en kohortstudie (n= 112) med äldre personer som nyligen tagits in på långvårdsanstalt. Av de personer som uppgav rädsla för att falla (48,2 %) berättade 75,9 % att de förändrat sin aktivitet som följd till rädslan. (Gillespie & Friedman 2007.) Enligt Nygaard (2005) utgör rädslan för att falla en riskfaktor i sig. De personer som fallit en eller flera gånger är mer rädda för fallolyckor än dem som inte fallit tidigare. Hos personer med tidigare fallupplevelser och rädsla har man upptäckt tendens att spänna sig vid gång, vilket leder till stelare och bredbentare gångmönster och ojämn steglängd. Av de åldringar som inte fallit tidigare är 20-40% rädda för att falla. Av dem som redan har fallit är 40-70% rädda för upprepade fallolyckor. Ofta leder rädslan för att falla till att åldringarna begränsar sin aktivitet. (Nygaard 2005 s.241.) Sambandet mellan minskad aktivitet och rädsla för att falla har även tagits upp i andra undersökningar som t.ex. Gillespie et.al. (2009) och Lee & Stokic (2008).



### ***Evidensbaserad arbetssätt som grund för förebyggande av fall***

Förebyggandet av fall baserar sig på ett evidensbaserad arbetssätt. Ändå används det praxis i sjukvården, som har som målsättning att minska på antalet fall, men som bevisats i olika forskningar sakna evidens. Att begränsa rörelseförmågan minskar inte på antalet fall (Jäntti 2008 s.299). Åtgärder som att använda bälte eller att lyfta sängkanterna upp för att skydda äldre från att falla, ökar risken för fall, och kan förvärra konsekvenserna för fallolyckan då en äldre person t.ex. försöker klättra över kanterna (Jäntti 2008 s.297-299). Det kan uppstå etiska problem för personalen då man försöker skydda fysiskt och mentalt svaga personer från fall. Ett bord som är placerad framför stolen eller rullstolen hindrar fall, men innebär ett frihetsberövande. (Nygaard 2008 s.239.) Det finns inga normer för användning av skyddsvästar, säkerhetsbälten i stolar eller andra åtgärder som begränsar rörelseförmågan i icke- psykiatrisk sjukvård eller socialvård (Valvira: Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö). Enligt mentalvårdslagen görs beslutet för begränsning av rörelseförmågan alltid av läkare, och begränsningen skall upphävas genast när det är möjligt (Mentalvårdslagen 22d § Begränsning av rörelsefriheten).

Det är väsentligt att förstå att då man i sjukhusomgivning försöker uppmuntra patienter till självständighet, respektera deras autonomi och mobilisera dem, händer det fallolyckor ibland. I en enhet där det aldrig faller patienter är det mycket osannolikt att man håller på med effektiv rehabilitering. (Oliver 2007.) Uppmuntran till självständighet är en viktig del av rehabiliterande vårdpraxis, men självständigheten kan även leda till risksituationer. Fallolyckan händer oftast i samband med att patienten självständigt börjar röra på sig (Hartikainen & Lönnroos 2008 s.286).

### ***Hur implementeras förebyggande strategier?***

Haines & Waldron (2011) har undersökt hur kunskap om förebyggandet av fallolyckor borde införas till praktik på sjukhus. Förverkligandet ska inledas med att grunda ett administrations- och intresseutskott för förebyggande av fall. Enligt Haines & Waldron bör det göras en översikt om evidensbaserade förebyggande åtgärder och jämföra dem med den praxis som är i bruk på sjukhuset för att kunna identifiera skillnaderna mellan dessa. Man ska laga ett plan för vilka resurser som behövs, hur åtgärderna ska riktas och på vilket sätt kan effektiviteten av åtgärderna evalueras. De interventioner som fungerar

på en akutavdelning är nödvändigtvis inte effektiva på subakuta avdelningar, och det kan även finnas skillnader i effekterna av interventionen mellan olika patientgrupper. (Haines & Waldron 2011)

### ***Sammanfattning***

I de forskningar där man undersökt fallolyckor i sjukhusomgivning består patientunderlaget nästan undantagslöst av äldre personer. Fallolyckor orsakas vanligen av flera än en faktor, men ofta sker fallolyckan i samband med en inkorrekt tyngdöverföring. De flesta fallolyckorna sker under första veckorna efter intagningen på sjukhus eller anstalt, oftast i patientrummet och under dagtid. Det finns en ökad falltendens i samband med behovet att komma till toalett. Omgivningsfaktorerna kan antingen öka eller minska på risken för fall. Vissa mediciner och speciellt flermedicinering har direkt samband med fall, och mediciners inverkan på blodtryck och yrsel ska uppföljas speciellt hos äldre personer. Kognitionen och rädsla för att falla har betydelse för minskad fysisk aktivitet och ökad falltendens. Förebyggandet av fallolyckor ska alltid vara evidensbaserad, och effektiviteten av förebyggande interventioner ska kunna evalueras i efterhand.

## **2.3 IKINÄ -funktionsmodellen och -handboken**

Institutet för hälsa och välfärd (THL) är ett forsknings- och utvecklingsinstitut som strävar till att främja befolkningens hälsa, förebygga sjukdom och sociala problem samt utveckla social- och hälsojänster. Till institutets lagstadgade uppgifter hör att utveckla åtgärder som främjar välmående och hälsa, samt utvärdera och utveckla verksamhet inom social- och hälsovården. (THL 2013)

För att sprida kunskap om hur fallolyckor kan förebyggas har Institutet för hälsa och välfärd utvecklat IKINÄ -funktionsmodellen, och publicerat IKINÄ -handboken (*Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy* 2005). Den uppdaterade upplagan av boken publicerades år 2012. Handboken är främst riktad till alla som arbetar med åldringar oberoende av yrkesgruppen och arbetsuppgifterna. Handboken utgår i första hand från senaste forskning kring förebyggandet av fallolyckor och innehåller rekommendationer och information om riskfaktorer och förebyggande åtgärder, samt kunskap om på vilket sätt ett försämrat allmänhälsotillstånd och olika sjukdomar påverkar tendensen för fall. Handboken innehåller även en mångsidig samling av tester och frågeformulär, som kan använ-

das inom hälso- och sjukvården för att kartlägga riskfaktorer och fallolycksrisken hos en person som tillhör riskgruppen. En del av testerna har redan tidigare använts på vårdanstalter, men är tillsvidare inte i täckande bruk inom hälso- och sjukvården.

IKINÄ -handboken är en viktig utgångspunkt för detta examensarbete. Fastän handboken baserar sig på forskningar används den huvudsakligen som en förstahandskälla i detta sammanhang. Enligt IKINÄ -handboken kan fallolyckor förebyggas genom att minska riskfaktorer som har samband med fall. Riskfaktorerna för fallolyckor kan delas i inre faktorer, yttre faktorer och situations- och beteendefaktorer. Inre riskfaktorer består bl.a. av hög ålder, tidigare fall, försvagade muskler, lågt BMI, försämrad rörelse-, funktions-, och synförmåga, balansproblem, nedsatt kognition, smärta, depression, ortostatisk hypotoni och inkontinens (Pajala 2012 s.13). Yttre faktorer består bl.a. av medicineringen (flermedicinering och olämplig medicinering) och dess biverkningar, riskfaktorer i omgivningen och utanför hemmet samt av skorna (Pajala 2012 s.16). Situations- och beteendefaktorer kan bl.a. vara trötthet, oförsiktighet, risktagande, över- eller underskattning av egna krafter, rastlöshet och vätskebrist (Pajala 2012 s.16).

Institutet för hälsa och välfärd håller på att organisera skolningar om IKINÄ- konceptet bl.a. för personalen på olika hälso- och sjukvårdsanstalter. I januari 2013 hölls IKINÄ- utbildningen för personalen på det undersökta sjukhusets bäddavdelningar. Skribenterna som påbörjade sina examensarbeten gällande förebyggandet av fallolyckor tog del i utbildningen för att få bättre förståelse av IKINÄ- konceptet och dess tillämpning i hälso- och sjukvården.

Enligt IKINÄ -funktionsmodellen ska fallolyckor alltid tas till tals med äldre personer vid kontakt med hälso- och sjukvården. Personen ska frågas om han eller hon fallit under det senaste året. Ifall det inte framkommer några tidigare fall, ger man råd om hur fallolyckor även i framtiden kan förebyggas (mm. regelbunden motion, bra kost, måttligt alkoholförbrukning, social aktivitet), och vid behov kan individuella förebyggande åtgärder planeras. Ifall personen berättar att han eller hon fallit en gång under året, frågas det om upplevda balans- eller gångsvårigheter, och om rädslan för att falla. Om det inte framkommer några problem eller rädsla, koncentreras förebyggandet av fallolyckor till allmän rådgivning. Då man uppger gångproblematik eller rädslor görs en individuell bedömning av risken för att falla. Bedömningen utförs som en *kort kartläggning* (FROP-Com eller FRAT) då man misstänker ökad risk för fall. En helhetsmässig, om-

*fattande kartläggning* görs omedelbart för de personer som berättar om flera fall inom ett år, kommer till läkarmottagningen på grund av fall eller faller på en vårdanstalt eller på ett sjukhus. (Pajala 2012 s.16-17)



**Figur 1: IKINÄ -funktionsmodellen (THL 2013 b)**

## 2.4 Undersökningens omgivning

Datainsamlingen för undersökningen gjordes på två bäddavdelningar på ett medelstort hälsocentralsjukhus i södra Finland. Hälsocentralsjukhusets namn publiceras inte i samband med examensarbetet för att garantera anonymitet för vårdpersonalen som tagit del i undersökningen. Hälsocentralssjukhuset består av en akutavdelning och en rehabiliteringsavdelning med sammanlagt 50 bäddplatser. På akutavdelningen vårdas plötsligt insjuknade, mestadels äldre, och vårdperioderna är för det mesta korta. På rehabiliteringsavdelningen sköts patienter som har behov av långvarigare rehabilitering.

Hälsocentralssjukhuset har tagit i bruk ett elektroniskt anmälningssystem med vilket man samlar in statistik och information om olycksfall och "nära ögat"-incidenter som hänt på avdelningarna. Systemet går ut på att vem som helst av vårdpersonalen kan anonymt rapportera olyckor eller "nära ögat"-situationer som försvagar patientsäkerheten. Målsättningen med systemet är att förbättra verksamheten inom enheten genom

att analysera och diskutera det som hänt tillsammans på avdelningsmöten, och utveckla verksamheten med hjälp av kunskap man fått, så att liknande händelser kan förebyggas i framtiden. Anmälningssystemet hjälper till att identifiera riskfaktorer och – situationer som leder till fall och ger information om frekvensen av fallolyckor.

Under tidsperioden mellan augusti 2010 och maj 2013, det vill säga under 2 år och 10 månader, har det anmälts sammanlagt 37 fallolyckor eller ”nära ögat” – situationer på avdelningarna, varav tre fjärdedelar på rehabiliteringsavdelningen. Med andra ord händer det en fallolycka eller en nära på -situation på någondera avdelningen ca 1,1 gånger i månaden. Informationen ska ändå tolkas som riktgivande på grund av en stor risk för statistiska förvrängningar, som ett litet sampel ger behov till. Slumpmässiga faktorer, som att man tillexempel haft en patient på avdelningen som fallit upprepade gånger inom en kort period, har en stor effekt på statistiken. Man kan inte heller dra den säkra slutsatsen att det på rehabiliteringsavdelningen skulle hända mycket mer fallolyckor än på akutavdelningen, för att det gjorts nästan två gånger mera anmälningar från rehabiliteringsavdelningen i överlag. Detta kan även bero på att rapporteringen av olyckssituationer är aktivare och man gör det med lättare grunder.

Det finns några typiska drag i de anmälningar om fallolyckor på avdelningarna som analyserats för examensarbetet. Det är typiskt att patienten självständigt, oftast i patientrummet, har försökt flytta på sig tillexempel från sängen till rullstolen, eller har varit ensam på väg till toaletten. Ofta har man hittat honom eller henne liggandes på golvet. Orsakerna för fallolyckor har för det mesta förklarats antingen med fysiska eller psykiska faktorer, som varierande sjukdomstillstånd, gångsvårigheter osv. I några fall beskrivs att patienten betett sig aggressivt mot vårdpersonalen då man försökt hjälpa honom eller henne från golvet. I två fall som analyserats har man sökt tillstånd av läkaren för att binda patienten med magnetbälte, för att det hänt flera fallolyckor under en kort tidsperiod. Fallolyckor som dessa är svåra att förebygga. Speciellt patienter med kognitiva problem kan vara svåra att övervaka, då de inte nödvändigtvis själva kommer ihåg att de är i dåligt fysiskt skick och skulle behöva assistans med tillexempel förflyttningarna.

På båda avdelningarna strävar man till att effektivera och systematisera preventiva åtgärder för att minska antalet fall i framtiden. Hälsocentralssjukhuset betonar mångprofessionellt arbete i sin verksamhet och därmed deltar alla vårdyrkesgrupperna i förebyggandet av fallolyckor. IKINÄ -konceptet introducerades på hälsocentralssjukhuset med

en utbildning för vårdpersonalen för att få verktyg till förebyggandet av fallolyckor. En del av personalen utbildades i början av året, en del har planerat att utbilda sig senare. Intervjuerna gjordes ca 5 månader efter första utbildningen, med tanken att delvis kunna följa upp hur konceptet tagits i bruk på avdelningarna.

### **3 SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH PROBLEMAVGRÄNSNING**

Examensarbetets syfte är att lyfta fram vårdpersonalens åsikter om hur man på en hälsovårdscentrals bäddavdelningar beaktar risken för fall, hur man kunde minska på antalet fallolyckor och hur IKINÄ -guiden kunde användas ändamålsenligt för att förbättra patientsäkerheten vad gäller fallolyckor. För att öka förståelsen för förebyggandet av fallolyckor på hälsovårdscentralens bäddavdelningar är det betydelsefullt att få en bild av vårdpersonalens åsikter om och synpunkter på vad som kan förorsaka dessa olyckor och hur man strävar till att minska risken för fall.

#### ***Examensarbetets frågeställningar***

- 1. Vilka faktorer anser vårdpersonalen bidrar till att öka fallolycksrisken bland patienterna på sjukhusavdelningen?*
- 2. Vilka åtgärder bör enligt vårdpersonalen vidtas för att minska fallolycksrisken på sjukhusavdelningen?*
- 3. Hur kunde IKINÄ -handboken tillämpas effektivt och testresultaten utnyttjas för att minska fallolycksrisken på avdelningarna enligt vårdpersonalen?*

För att IKINÄ -konceptet är relativt nytt, har Institutet för hälsa och välfärd ett intresse att undersöka hur IKINÄ -funktionsmodellen och -handboken tillämpas i arbetslivet. Resultaten av undersökningen ger information om hur kunskapen tagits i bruk på den undersökta hälsovårdscentrals bäddavdelningar. Undersökningen har planerats enligt uttalade behov på hälsovårdscentralssjukhuset, som strävar till att utveckla sin verksam-

het. En diskussion om förebyggandet av fallolyckor i nuläget kan lyfta fram utvecklingsbehov och brister, men även ge information om vad som fungerar bra och hur gott praxis borde förstärkas på avdelningarna. Fokusgruppundersökningen leder till ökad medvetenhetsgrad om risken för fall på avdelningen och understöder på så sätt mångprofessionellt samarbete och informationsutbyte mellan vårdpersonalen.

Ofta beror en fallolycka på att patienten svimmat på grund av ett sjukdomsanfall eller fått till exempel ett epileptiskt anfall. Dessa fallolyckor är svåra att hindra eller förebygga, och därför lämnas de utanför undersökningen.

## **4 METODEN**

### **4.1 Genomgång av litteraturen**

Forskningsartiklar gällande förebyggande av fallolyckor har sökts med databaserna PubMed, Elsevier och EBSCO. Som sökord användes orden *kaatumisen AND ehkäisy, kaatuminen AND sairaala, accidental fall, falls AND elderly people, falls AND hospital, falls AND intervention* och *falls AND prevention*. Från de forskningar man hittat har man valt de mest relevanta med tanke på examensarbetets syfte. Utöver IKINÄ -handboken användes även böcker om geriatrik och geriatrisk rehabilitering samt böcker om forskningsmetodik.

### **4.2 Kvalitativ forskning**

I examensarbetet söks förståelse för personalens uppfattning om fallolyckor på hälsovårdscentralens sjukhusavdelningar och hur dessa beaktas. Därför lämpar sig en kvalitativ metod bäst för undersökningen. Det är inte en huvudsaklig målsättning att få generaliserbara resultat, utan hellre djupare förståelse av fenomenet, vilket stöder valet av en kvalitativ intervju (Jacobsen 2007 s.56-57). Man strävar till att intervjun ska gå in på djupet och att man får en bild på sammanhang och strukturer, och kan beskriva fenomenet. Fördelen med en kvalitativ intervju att själva undersökningssituationen och datainsamlingen påminner om ett vanligt och vardagligt samtal, vilket innebär att forskaren

strävar till att styra informanterna möjligast lite. Man strävar till att informanterna själva kan påverka samtalsförloppet. (Holme & Solvang 1997 s.99.)

### **4.3 Fokusgruppsintervju**

Mångprofessionellt tillvägagångssätt vid bedömning av risken för fallolyckor tryggar att bedömningen är täckande och pålitligt (Pajala (2012 s.17). En gemensam förståelse mellan olika yrkesgrupper är nödvändig för att förebyggande av fall skulle kunna vara effektivt på avdelningarna. Fokusgruppintervjuer kommer att väljas som datainsamlingsmetod istället för individuella intervjuer för att representanterna från olika yrkesgrupper tillsammans skulle fundera på lösningar och olika synpunkter gällande temat. Enligt Jacobsen (2007 s.94-95) fungerar gruppintervjuer väl som en metod då syftet är att lyfta fram eventuella oenigheter mellan gruppmedlemmarna, men att man under intervjun även har möjlighet att hitta gemensamt förståelse över det diskuterade ämnet i gruppen. Nackdelen är att resultatet och diskussionen starkt påverkas av makt- och dominansförhållanden inom gruppen. Gruppens homogenitet eller heterogenitet kan bli synligt under gruppintervjun. (Jacobsen 2007 s.94-95) Det optimala antalet informanter i en fokusgrupp är oftast 5-8 personer (Jacobsen 2007 s.126).

Innehållet av en intervju påverkas av det sammanhang där intervjun genomförs i. Intervjuplatserna delas ofta till naturliga eller onaturliga från informantens synvinkel. En naturlig miljö kan till exempel vara arbetsplatsen eller något annat bekant ställe, och onaturlig ett "neutralt" rum där varken informanten eller intervjuaren tidigare varit. Inga kontexter är fullständigt neutrala, omgivningen har alltid inverkan på intervjun. (Jacobsen 2007 s.97.) Intervjun på informanternas arbetsplats kan ge en värdefull helhetsbild som kan vara till nytta både när man intervjuar och när man tolkar resultaten (Widerberg 2002 s.106). För dessa fokusgruppintervjuer valdes två mötesrum på hälsocentralens bäddavdelningar som intervjukontext för att situationen skulle kännas så naturlig som möjlig för informanterna. Intervjuerna hålls under arbetstid, vilket önskas öka på antalet deltagare.



## 4.4 Informanter

Vårdpersonalen har en nyckelposition vid förebyggandet av fallolyckor på hälsovårdscentralssjukhus. De har erfarenhet om de omständigheter, risksituationer och praxis som finns på avdelningarna. Idealet för mångprofessionella fokusgruppintervjuer är att respondenterna skulle representera möjligast många yrkesgrupper inom vårdpersonalen (sjukskötare, närvårdare, grundvårdare, avdelningsterapeuter, övriga) som arbetar med patienter. På grund av bäddavdelningarnas storlek kunde man inte i förväg bestämma vilka yrkesgrupper skulle tas med, utan inbjudan skickades åt hela vårdpersonalen och de frivilliga som var intresserade av att ställa upp godkändes som respondenter till undersökningen.

På grund av praktiska orsaker intervjuades inte patienterna på bäddavdelningar, fast deras synpunkter om förebyggandet av fallolyckor skulle ha varit betydelsefull information. Korta vårdperioder och varierande patientomsättningen skulle ha gjort det svårt att intervjua patienter på akutavdelningen, och när det gäller intervjuer av sjuk- och hälsovårdsanstalters patienter kan anhängan om forskningstillståndet vara en lång och omfattande process.

## 4.5 Undersökningens tillförlitlighet

*Validitet* handlar om hur väl den valda undersökningsmetoden mäter det fenomenet som man har som målsättning att mäta. (Tilastokeskus: Validiteetti) Då målsättningen med undersökningen är att få en helhetsbild av vårdpersonalens synpunkter och åsikter, och man hoppas väcka diskussion kring forskningstemat, är gruppintervjun en lämplig metod. Validiteten kan dock påverkas av gruppdynamiken och sociala relationer i gruppen samt hurdana åsikter man förväntas ha på grund av den yrkesgrupp man tillhör. En semistrukturerad intervjumetod kan hjälpa med att olika faktorer kommer till tals, men även begränsa informanternas möjlighet att diskutera teman utanför intervjuguiden.

*Reliabilitet* handlar om hur pålitligt den mätare man använt mäter på det som är menad att mätas, och hur väl det går att upprepa undersökningen och få liknande resultat (Tilastokeskus: Reliabiliteetti). Samplet av informanterna är litet, men det är inte heller meningen att kunna generalisera forskningsresultaten till andra hälsocentrals sjukhus. För att öka på reliabiliteten har intervjuguiden strukturerats enligt den förståelse som

IKINÄ -handboken gett. Undersökningen borde kunna upprepas med i stora drag liknande resultat.

## **4.6 Etiska överväganden**

Man strävar till att datainsamlingen, resultatredovisningen och analysen ska göras enligt god vetenskaplig praxis och med respekt mot informanterna och de undersökta vårdenheter på hälsocentralen. Fokusgruppintervjun eller dess resultat torde inte orsaka skada för informanter eller hälsocentrals sjukhus. Hälsocentralen har rätt att fritt använda det färdiga examensarbetet för att utveckla sin verksamhet.

### ***Datainsamling***

Fokusgruppintervjutillfällen bandas in och transkriberas ordagrant för att försäkra ett korrekt presentation av data. All intervjumaterial kommer att förvaras och behandlas så att endast intervjuaren och handledaren har tillgång till det. Intervjumaterialet kommer att förstöras då examensarbetet blir färdigt.

### ***Informationskravet***

För att informera vårdpersonalen om fokusgruppintervjuerna på sjukhuset skickas det ut ett följebrev med information om undersökningens syfte och målsättningar. Intervjuguiden infogas till följebrevet så att informanterna får en uppfattning om vilka teman kommer att behandlas under intervjun, och kan göra beslutet av deltagandet på basis av det. Kontaktuppgifter till intervjuaren och handledaren finns utskrivet på brevet. Följebrevet finns som bilaga i slutet av examensarbetet (*Bilaga 1*).

### ***Informerat samtycke***

Deltagandet i undersökningen är fullständigt frivilligt, vilket även poängteras i följebrevet samt i blanketten för informerat samtycke. Endast personer som undertecknat blanketten för informerat samtycke kommer att godkännas som respondenter. Blanketten för informerat samtycke finns som bilaga i slutet av examensarbetet (*Bilaga 2*).

### ***Anonymitet***

Intervjumaterialet kommer att anonymiseras och citaten skrivs i första hand ut så att informanterna inte kan kännas igen enligt dialekt eller yrkesgrupp. Hälsovårdscentralens ort och namn nämns inte heller i examensarbetet.

## **4.7 Intervjuguiden**

Intervjun utförs som en semistrukturerad fokusgruppintervju. Intervjuguiden försäkrar att de centrala aspekterna kommer till tals och att intervjun sker i en logisk ordning. För att få en helhetsbild av förebyggandet av fallolyckor på bäddavdelningarna är intervjuguiden strukturerad på basis av IKINÄ -handbokens temaområden, med betoning på inre fysiska faktorer och omgivningsfaktorer. Perspektivet är mångprofessionellt.

För att det är frågan om gruppintervju, strävar man till att uppmuntra informanterna till diskussion. Därför har intervjuguiden mest betydelse som hjälpmedel i att ta upp delområden som gruppen inte spontant tar till tals i diskussionen. Intervjuguiden som delas ut till respondenterna och används i intervjun är finskspråkig (*Bilaga 3*), men här följer den svenskspråkiga intervjuguiden.

## INTERVJUGUIDEN

### 1. Hur förebygger man fallolyckor?

- På vilket sätt stöds patientens rörelse (balans, muskelkondition och uthållighet) och förflyttningar på avdelningen?
- På vilket sätt beaktas omgivningens riskfaktorer på avdelningen? (möbler, hinderfrihet)?
- På vilket sätt uppföljs användning av trygga skor, hjälpmedel och skydd?
- Hur beaktas näringen och medicinerings biverkningar?
- På vilket sätt förhåller man sig till patientens rädsla för att falla?

### 2. Hur kan risken för fall förminskas?

- Vilka faktorer påverkar positivt/ negativt på hur man beaktar risken för fallolyckor?
- Hur kunde risken för fallolyckor förminskas?

### 3. Användning av mätare och IKINÄ -handboken

- Känner man till IKINÄ -testbatteriet på avdelningen?
- Vilken nytta upplever man få av testerna?
- Hur syns testresultaten i avdelningens vardag?
- Har vårdpersonalen en enhetlig uppfattning om betydelsen av testresultaten?
- Hur kunde användningen av testerna effektiveras?

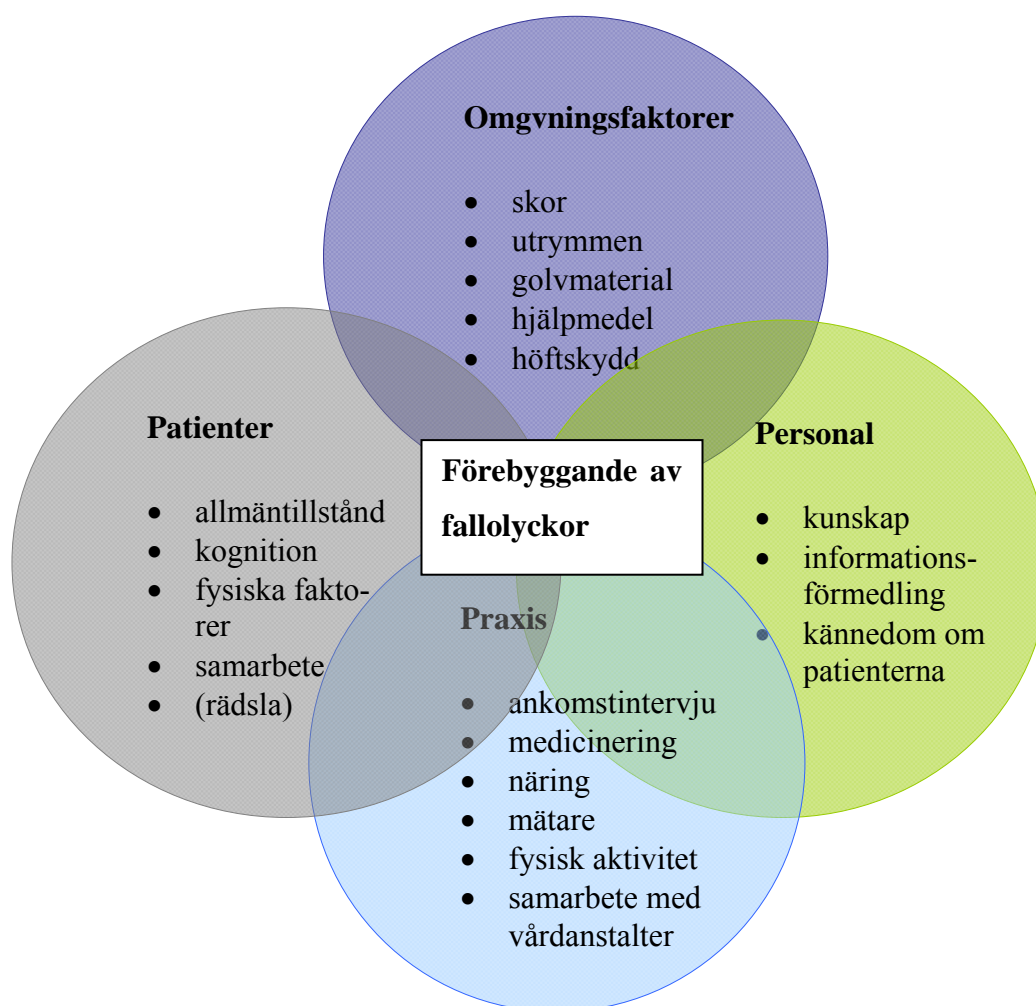
## 4.8 Innehållsanalys

Intervjumaterialet kommer att bearbetas med hjälp av innehållsanalys. Den informationen man samlar med hjälp av intervjun tolkas som verkliga subjektiva förhållanden. Texten delas och struktureras genom att söka fram temaområden som liknar varandra, och forma kategorier enligt dem. Den grundläggande kategoriseringen har redan gjorts före intervjun på basis av IKINÄ -handbokens temaområden, då man formulerat intervjuguiden. Detta betyder inte att undersökningsmetoden inte skulle vara induktiv, för att det ändå under intervjun förväntas uppstå nya kategorier och att en del av kategorierna förkastas som irrelevanta. Kategorierna delas till huvudkategorier och underkategorier, som fylls med innehåll med hjälp av citat. Dessa kategorier jämförs med varandra och samstämmigheten och variationen mellan åsikterna diskuteras. Även faktorer och teman som inte nämnts under intervjuerna kommer att analyseras. (Jacobsen 2007 s.139-140)

## 5 RESULTAT

Undersökningen förverkligades som två fokusgruppintervjutillfällen under våren 2013 på den valda hälsocentralens bäddavdelningar. Fokusgruppintervjuerna gjordes avdelningsvis, en för rehabiliteringsavdelningens personal och den andra för akutavdelningens personal. Informanterna var sammanlagt nio stycken, fyra på akutavdelningen och fem på rehabiliteringsavdelningen, och de representerade mångsidigt olika yrkesgrupper inom vårdpersonalen, bland annat vårdare och fysioterapeuter. Båda intervjuerna tog cirka 60 minuter.

Intervjuresultaten har delats in i fyra temaområden enligt de teman som informanterna mest diskuterade; omgivningsfaktorer, vårdpraxis, faktorer som har samband med patientens individuella egenskaper eller tillstånd, samt faktorer som har samband med personalen. De mest diskuterade kategorierna var omgivningsfaktorerna och vårdpraxis, minst diskuterades patientfaktorer som har samband med fall. Intervjuresultaten från båda avdelningarna presenteras tillsammans. I bilden nedanför finns de viktigaste temaområden framställda enligt det som vårdpersonalen tagit upp under intervjun. Intervjuresultaten är strukturerade enligt bilden.



*Figur 2: Faktorer som vårdpersonalen upplever ha betydelse för förebyggande av fall*

## 5.1 Omgivningsfaktorer

### 5.1.1 Utrymmen på hälsovårdscentrals bäddavdelningar

Sjukhusomgivningen och -utrymmena ansågs vara en stor riskfaktor för fallolyckor på hälsovårdscentrals sjukhus. Omgivningsfaktorer diskuterades mycket under intervjuerna, och åsikterna var överensstämmande på båda avdelningarna. De största problemen ansågs vara brist på utrymme i patientrum och -toaletter samt dåliga golvmaterial. På grund av brist på förrådsutrymmen hamnar man förvara hjälpmedel i korridorerna. Per-

sonalen är medveten om att korridorerna borde vara så hinderfria som möjligt, men de anser att det inte finns mycket som man kan göra åt saken.

*”Varastotilat on niin pienet täällä että käytävillä on pakko pitää osa tavarasta, ja se on kanssa yks riski.”*

Farliga situationer kan uppstå även på grund av öppna dörrar, som finns på båda sidorna av korridoren.

*”Kyl mä joudun koko ajan, jos mä jotain (potilasta) kävelytän, niin työntämään ovia pois tieltä ja joskus tavaraakin pois tieltä...”*

*”Sit jos on joku itsekseen kävelevä potilas rollaattorilla, jos se alkaa yrittää niitä ovia laittaa kiinni, niin siinä on sit kans se riski, että tasapaino horjahtaa ja sit se on nurin.”*

Bristen på utrymme leder till att patienterna ibland har svårt att röra på sig eller vända på sig i patientrummen, där man oftast även förvarar hjälpmedel. På natten brukar man flytta en del hjälpmedel till korridoren för att det skulle finnas mera utrymme i patientrummen.

*”Silloin kun on paljon apuvälineitä niin noihan on oikeesti aika ahtaita noi meidän huoneet (...) Just yöllä se on mahollista että lykätään ne (tavarat) tohon käytävälle mutta päivällähän me ei voida sit tehdä, kun sit taas päivällä pitää päästä tossa käytävilläkin kulkee ja sit ne ihmiset tarvii niitä apuvälineitään enempi.”*

Ibland hämtar anhöriga egna televisioner till patientrum, och sladdarna kan vara i vägen på golvet. Vårdpersonalen har försökt lösa problemet genom att placera sladdarna nära fönstret, så att de inte är i vägen för patienterna. För att förbättra patientsäkerheten och underlätta patienternas rörelse i patientrummen har man försökt att minska på antalet patienter i ett rum. I ett rum som är planerat för fyra patienter försöker man hålla bara tre, för att det inte skulle bli för trångt för patienterna och för att hjälpmedlen också skulle rymmas in. Alltid är det dock inte möjligt då det är brist på utrymme.

Toalettutrymmen ansågs vara ett stort säkerhetsproblem. Det finns bristfälligt utrymme för klienten och hjälpmedel, och när det behövs assistans, är det även svårt för en vårdare att rymmas röra på sig i toaletten. Bristen på utrymme leder till att till vissa toalet-

tutrymmen måste klienten backa för att komma in. Detta ansågs vara en allvarlig fysisk riskfaktor och orsaka rädsla för att falla bland klienterna.

*”Jotkut vessat on semmoisia että potilas ei voi niin kuin kävellä suoraan eteenpäin siinä, vaan hänen pitää oven ulkopuolella kääntyä ja sitten pakittaen kävellä taaksepäin et pääsee sinne pöntölle, mikä on kans aika riskaabelia välillä ku se (potilas) alkaa horjumaan ja –”*

*”...Potilaallekin tulee semmoinen pelkotilanne siinä niin se vaikeuttaa kans sitä vessaan pääsyä.”*

I frågan om den undersökta hälsovårdscentralens bäddavdelningar har planeringen av utrymmen varit bristfällig med tanke på förebyggande av fallolyckor. Redan vid planering av toalettutrymmen borde tryggheten och funktionaliteten tas i beaktande så att det finns tillräckligt utrymme även för den assisterande personen (Pajala s.52-53). Omgivningen är inte lätt att ändra på, men med hjälp av små förändringsarbeten och omorganisering kunde situationen underlättas. Som vårdpersonalen berättat har de redan försökt åtgärda problemet genom klientplaceringar och praktiska åtgärder. Om det finns möjlighet till att förvandla något utrymme till hjälpmedelsförråd skulle problemet med trånga korridorer bli mindre.

### **5.1.2 Olämpliga golvmaterial och små förändringsarbeten**

Golvmaterialen diskuterades främst på rehabiliteringsavdelningen; vårdpersonalen ansåg att de är farligt hala i de flesta toaletterna och i badrummet, speciellt när det finns vatten på golvet. I vissa toalettutrymmen fanns det halkskyddsmattor. Det kom fram att även vårdpersonalen hade fallit på grund av hala golv.

*”Mut ylipäätänsä täällähän on niin kuin huonot liukkaat lattiamateriaalit, tää on vanha talo, et me ollaan itekkin täällä kaaduttu.”*

I badrummet är golvet gjort av kakelmaterial som liknar en bikaka, och där finns det inga halkskydd. Vårdpersonalen försöker förebygga olyckor med små praktiska åtgärder, som att försöka hålla golven rena och torra, och genom att genast torka bort vätska som fallit på golvet. Möjligheten av att skaffa halkskyddsmattor till badrummet togs



inte upp under intervjun. Vårdpersonalen berättade även att de försöker hålla utrymmen rena och saker på sina egna platser.

*”Pyritäänhän me täällä pitämään tietenkin paikat siistinä ja tavarat oikeissa paikoissaan, niin kuin hoitotarvikkeet ja tällöiset, et niitä nyt ei loju siellä sun täällä”*

Handtag i toalettutrymmen samt räck i korridoren ansågs göra omgivningen tryggare för patienterna. Det kom fram under intervjun att antalet handtag på avdelningen har ökat mycket under senaste åren.

### **5.1.3 Behovet av lämpliga skodon**

*”Ne on useimmat (potilaat) joutunu aika akuutisti sinne sairaalaan, niin ne nyt ei ole välttämättä sit ollu ne parhaat Reiskat (Reino-tohvelit) jalassa (...) Niillä on jotain tai sitten ei mitään.”*

Skor och användning av dem diskuterades aktivt på båda avdelningarna. Användning av passliga och trygga skor ansågs vara väldigt viktigt i samband med förebyggande av fallolyckor. Synen på detta verkade vara mycket liknande på båda avdelningarna.

Vårdpersonalen anser det vara viktigt att patienterna inte går runt i hala strumpor, utan hellre med strumpor med halkskydd eller tofflor som de hämtat hemifrån. Som exempel på bra skodon gavs Aino- eller Reino-tofflar, sandaler som är lätta att sätta på sig eller andra icke- hala skor. På båda avdelningarna kom det fram att det finns en stor brist på skor, vilket ansågs vara en märkbar riskfaktor vad gäller patientsäkerheten och förebyggande av fall. Patienter eller deras anhöriga förväntas hämta passliga inneskor till avdelningen, för att det inte finns att låna därifrån. De skor som hämtas är inte alltid lämpliga, ibland har de till exempel köpts då benen har varit svullna, och är så stora att de inte hölls i fötterna. Det kom fram under intervjun, att enligt vårdpersonalen har många äldre personer även hemma mycket dåliga skor, i vissa fall bara gummistövlar eller ylletofflor, vilket leder till att man inte heller har något att hämta till sjukhuset då man hamnat på bäddavdelningen.

*”Se hyvät jalkineet; meillä ei ole hyviä jalkineita. Potilailla itellään ei ole.”*

Tidigare har det funnits skodon på avdelningen, men man har gett upp med dem. Ibland dyker det upp skor från andra sjukhus, som används till nytta på avdelningarna. Det finns ändå inte tillräckligt många par av dem för att de skulle räcka till alla.

*” Ei oo ees minkäänlaisia tossuja, ku sukat jalassa pitää vessaan lähteä, kun ei voi oikein paljain varpainkaan. Ennen kuin joku kotoa tuo. Jos tuo... Kun kotonakaan ei ole, kun on vaan villatöppösissä köpötellyt.”*

Det diskuterades om att nya skor är väldigt dyra, och att de skodon som köps in försvinner hem med patienterna. Därför har man inte köpt mera skor till avdelningen. Som lösning till problemet har man skaffat strumpor med halkskydd. De ansågs vara nyttiga då patienten t.ex. har så svullna fötter att det är svårt att få skorna att passa. I övriga fall upplevdes strumporna som otillräckliga för att förhindra fall, och som bättre än inget alls.

*”Ne (liukuestesukat) on vaan semmoinen vähän... että on edes jotakin.”*

Problemet med strumporna är att patienterna själv upplever dem ofta som hala och otrygga. De är rädda för att halka med strumporna på sig, vilket kan leda till ökad rädsla för att falla, eller en högre grad av immobilisering.

Enligt IKINÄ -handboken ökar dåliga eller opassliga skor risken för fallolyckor. En bra sko borde fylla många krav; den borde vara lätt att sätta på, skaften borde stöda tillräckligt och stöda vristen, klacken borde vara låg (högst 1-2 cm) och helst glidfri. Dessutom får bottnen inte vara för tjockt så att det är möjligt att känna ytan under skobottnen. Oftast är tofflor eller tossor hala och de stöder inte foten tillräckligt. Fast en mjuk toffel kan göra gången bekvämare ifall patienten har smärtor eller fysiska förändringar i fotbladen eller fotbottnet, rekommenderar man hellre användning av bra inneskor. Ifall man ändå vill använda sig av tofflor, rekommenderas det att välja såna som har bottnen av glidfri material, en bra läst och en modell som inte är öppen från baksidan. (Pajala 54-55)

Vem har ansvaret över att patienten har trygga skor på sig? Vårdpersonalen hade ingen klar lösning att till detta. Förväntningen från avdelningen är att de anhöriga skulle skaffa skor eller hämta dem hemifrån, men i verkligheten ansågs det vara svårt att få anhöriga hämta bra skor inom en rimlig tidsram. Om klienten inte har anhöriga som skulle hjälpa med detta, använder patienterna antingen skor som kommit från andra sjukhus eller

strumpor med halkskydd. Om det är på de anhörigas ansvar att införskaffa skorna, måste instruktionerna vara mycket klarare. De anhöriga måste vara medvetna om hur farligt det är att röra på sig på hala golvar utan skor, och att det att sjukhuset skaffar skor åt patienten är det sista alternativet då inga andra lösningar är möjliga. I detta fall har det en stor betydelse att de anhöriga även får klara skriftliga instruktioner för hurdana skor är tryggast.

Vårdpersonalen verkade inte vara helt överens om hurdana skor skulle vara passliga. En del ansåg att tofflor är bra, någon uttryckte att tofflor inte nödvändigtvis är tillräckligt stadiga. I många fall kan tofflor vara för ostadiga, speciellt för personer som redan har försämrad balans. Ifall man även har problem med vristens kontroll, kan tofflor vara till och med farliga att ha på sig. Då man ger råd åt de anhöriga borde man följa rekommendationerna, och be dem hämta passliga inneskor för patienten. Passliga skor får inte glida, de måste vara lätta att själv sätta på sig, men även stöda foten tillräckligt.

Ett lösningsalternativ är att sjukhuset köper skor åt alla patienter. Då ska man också ta i beaktande att ett visst slags modell inte passar alla, och att skorna måste vara av rätt storlek. Detta är en dyr lösning. För att skorna inte försvinner måste det byggas upp ett system för hur man följer till att de lämnas tillbaka. Den sämsta lösningen till skoproblemet är att använda andra sjukhus oåterlämnade skor, speciellt då vårdpersonalen är medveten om att problemet är lika stort på andra ställen.

#### **5.1.4 Användning av höftskydd**

Höftskydd används för patienter som verkar enligt vårdarna ha risk för att falla. De anses vara en säkerhetsfaktor, men patienterna tycker ofta inte om att ha dem på sig, vilket kan leda till farliga situationer. Behovet av höftskydd skrivs upp i patientpappren så att vårdarna vet vem som behöver dem. Vårdpersonalen berättade att många patienter har tendens att klä av sig höftskydden för att de känns obehagliga och hårda. Ibland har patienterna svårigheter att lyfta upp höftskydden efter att de varit på toaletten, vilket leder till att skydden är felplacerade och kan orsaka risksituationer.

*”Voin sanoa että ne ei kyllä ole kovin mieluiset ne lonkkahousut, ne on niin kovat ja...”*

*”Ja moni riisuu ne sitten kun menee vessaan.”*

*”...Sitten kun ne (potilaat) käy vessassa, niin ei saa niitä (lonkkahousuja) nostettua kunnolla ylös. Sitten ne on ihan väärässä kohtaa, jopa polvien kohdalla suunnilleen...”*

Över 90 % av höftfrakturer hos äldre personer beror på fallolyckor. Den mest allmänna skademekanismen för höftfraktur är att man faller i sidoriktning på höften. Risken för fraktur kan förminskas genom att använda höftskydd. Rätt användning av höftskydden minskar på belastningskraften som träffar höftbenshuvudet då personen faller på höften. Höftskydden anses ofta vara obekväma och svåra att klä på sig, men de nyaste skydden är mera funktionella och skölden som skyddar höftbenshuvudet är oftast av mjukt material, som hårdnar till först vid stöten som fallet orsakar. (Pajala 2012 s.58.) För att patienter med kognitiva problem ha nytta av höftskydden, måste de vara tillräckligt lätta att klä på sig, men även likna normala byxor tillräckligt mycket. Att patienten själv klär av sig höftskydden för att de känns obehagliga, eller lyckas inte lyfta dem ordentligt i toaletten, kan orsaka mera skada än nytta med tanken på förebyggandet av fallolyckor.

## **5.2 Faktorer som har samband med personalen**

### **5.2.1 Vårdpersonalens kännedom om patienterna**

Det ansågs vara viktigt för förebyggande av fallolyckor att vårdpersonalen känner till patienterna. Därför diskuterades det även vikarier på intervjun. De hade haft ganska mycket vikarierande personal på avdelningen, och ansåg att det möjligtvis är en riskfaktor för fallolyckor att personalen inte känner till patienterna. Speciellt nämndes det exempel som att man glömmer säkerhetsbältet i stolen när man inte känner till patienten, eller att man inte är medveten om att man håller sängkanterna lyfta för en patient som inte tryggt kan förflytta sig utan assistans eller övervakning.

*”...Meillä on paljon sijaisia täällä, niin sekin tavallaan kyllä saattaa lisätä tätä kaatumisriskiä, et kun eivät tunne potilaita.”*

Informationsförmedlingen diskuterades också gällande vikarier. Alltid har de inte användarkoder för att kunna bekanta sig med patientuppgifter från datasystemet, utan man ger en rapport till dem av de patienter de ska sköta. Ibland sköter vikarierna även andra patienter än dem som diskuterats i förväg, eller de fast anställda glömmer att påminna

om specifika riskfaktorer som ökad risk för fall. Vårdpersonalen önskade att vikarierna och ny personal skulle utbildas bättre gällande fallolyckor.

Det ansågs som en trygghetsfaktor att vårdarna känner till hur patienterna rör på sig och i vilka situationer har de problem med t.ex. balansen. Vårdpersonalen uppskattade att patienterna stannar i hälsocentralssjukhuset från några dagar till ett halvt år, och att de för det mesta blir bekanta med patienterna under vistelsen. Ibland kan funktionsförmågan uppskattas fel då problemen i patientens rörelseförmåga inte är synliga.

*” Tuli vaan mieleen kerran yks rouva joka tuli tonne (osastolle). Hänellä oli joku tämmöinen AVH ollu, lievä tosin (...) Hän käyttäyty hyvin, tällä tavalla fiksusti, ja ulkoisesti, mutta sitten kun hän kävi siihen sänkyyn niin hups, eihän hän hahmottanutkaan (...) Itte tajusin että siinä oli se riski olemassa että kun minä en tuntenut, ja sitten mä oletin kun hän näytti ihan tämmöiseltä niin kun mekin ollaan (...) Tämmöinen asia mitä sä et silmin nää.”*

Informationsförmedlingen för vikarier måste vara tillräckligt systematiskt och effektivt för att fallolyckorna skulle kunna förebyggas. Det är problematiskt om vikarierna inte har lösenord till patientinformationsprogrammen, och därmed inte möjlighet att följa vad som skulle kunna göras med patienten. Det kom fram under intervjun att en del vikarier är väldigt försiktiga med patientsäkerheten, och därför hellre antingen ber någon med sig eller låter bli att t.ex. assistera förflyttningar i stående läge, utan flyttar patienten med rullstol. Det är bra att man är noga med att inte ta onödiga risker, men passivitet och immobilisering leder snabbt till förminskad muskelmassa och försämrad fysisk kondition.

Det diskuterades en del om hur vikarierna skulle kunna få information om förebyggande av fall och om de patienter som de sköter. Det upplevdes problematiskt att alla vikarier inte fick lösenord till patientinformationssystemet, och kunde därför inte kontrollera om patienten har risk för fall. Detta kunde lösas med ett system av egna lösenord för vikarier. Ett annat alternativ är att ha dokumenterat ovanför patientsängarna hur patienten rör på sig. Risken för fall kan anges med papprets färg (rött-gult-grönt). Om man anser detta innebära en avslöjning av patientinformation kan även andra färger eller symboler användas. Det finns också en möjlighet att färgkoda patientarmbandet, så att vikarierna skulle kunna kontrollera risken för fall enligt färgen.

## 5.3 Praxis som ökar patientsäkerheten gällande fallolyckor

### 5.3.1 Ankomstintervju och lämpliga hjälpmedel

Förebyggandet av fall börjar genast när patienten kommit till sjukhuset då en vårdare kartlägger det psykiska och fysiska tillståndet med en ankomstintervju. Målsättningen med intervjun är att bekanta sig med patienten och få en helhetsbild av patientens behov. Under ankomstintervjun diskuterar man faktorer som hör till vården, det vill säga kosten, hur patienten rör på sig och om det behövs assistans i förflyttningar, har man behov av hjälp i ADL- funktionerna, har man rädslor osv. Vårdpersonalen på akutavdelningen berättade att utvärderingen av rörelseförmågan genast börjar när patienten kommer med ambulansen; om hon eller han kan självständigt förflytta sig från baren och om fötterna håller. Vid behov deltar även fysioterapeuten i kartläggning av patientens fysiska funktionsförmåga och behovet av hjälpmedel strax efter ankomsten, varefter patienten får de behövliga hjälpmedlen i bruk.

*”Hoitajathan meillä vastaanottaa potilaan, silloin kun potilas tulee osastolle. Ja siihen (tulohaastatteluun) kuuluu ruokailu, liikunta, ihan kaikki mikä siihen kuuluu siihen potilaan hoitoon.”*

*”...Kartoitetaan tietenkin se toimintakyky ja liikkuminen että minkälaista apuvälinettä hän kenties tarvitsee, niin saa sen sitten käyttöön...”*

Ibland håller man sängkanterna uppe för att en patient som inte självständigt klarar av att röra på sig inte skulle försöka förflytta sig ensam. I vissa fall håller man sängkanterna uppe även under dagtid. Om patienten har tendens att klättra över sängkanterna anser vårdpersonalen att det är tryggare att hålla dem nere för att undvika olyckor. Då patienten är förvirrad eller har en förhöjt risk för fall övervakar man patienten speciellt noga och besöker patientrummet oftare. I vissa fall placeras patienten i ett rum nära kansliet, där det finns ett fönster i dörren varifrån man vid behov kan kontrollera vad som sker i rummet.

*” Ja sit tietysti jos nyt on tiedossa, että (...) (potilas) liikkuu huonosti, kaatumisvaara ja sitten esimerkiksi hän ei... Potilas ei muista sitä, tai on jotenkin sekava niin kyllä sit tietysti pyritään tarkkailemaan, huoneessa käydään useammin ja mahdollisesti sijoitetaan*

*ihan tohon kanslian viereen, meillä on siinä huone, mistä me voidaan nopeasti kurkkia ikkunastakin että mitä siellä tapahtuu...”*

På natten flyttas föremål som hjälpmedel från patientrummen så att de patienter som rör på sig självständigt har bättre med utrymme. Det ansågs vara viktigt att patienterna har en hinderfri gång från sängen till toaletten, speciellt när lamporna är släckta på natten.

*”Niin yöllä siirrellään paljon tavaroita näiden (...) liikkuvien potilaiden edestä huoneista (...) Kun ei ole tietenkään valoja yöllä päällä, että olis aina sinne wc:seen esteetön kulku siitä sängystä.”*

### **5.3.2 Aktivitetsfrämjande**

Man strävar till att alla patienter skulle röra på sig under dagen ifall sjukdomstillståndet inte hindrar det. Immobilisation undviks även på akutavdelningen.

*”Periaatteessa kaikki liikkeelle... Jos ei sairaus estä.”*

Man strävar till att klienten alltid äter i sittande ställning, och ifall det är möjligt, helst i matsalen, så att man även får nyttomotion vid förflyttningen. På rehabiliteringsavdelningen har man byggt upp en konditionsbana, där patienterna självständigt kan träna. Instruktionerna för olika övningar finns på väggen.

*”Sittenhän on se hyvä temppurata siellä takana minusta, jossa oli... Miten potilas voi seistä, ne käy välillä aina ittekin harjoittelemassa-”*

*”Niin, mä oon kans huomannu että ovat omatoimisesti ruvennu käymään.”*

Det finns även en Motomed, dvs. en konditionscykel där man cyklar sittandes på en vanlig stol, på rehabiliteringsavdelningen. Det kom fram under intervjun att cykeln är i mycket aktiv bruk, och många patienter upplever cyklandet som meningsfullt träning. Vårdpersonalen har en positiv inställning till träning på egen hand. Ökad muskelkondition nämndes under intervjun som följd av Motomed-övningarna.

Fysioterapeuten berättades ha största ansvaret för träningen och övningen på förflyttningar på båda avdelningarna. Fysioterapeutens uppgift var även att kartlägga patientens funktionsförmåga och hjälpmedelsbehov. Mätare användes som stöd för terapin för att ge pålitligt information om balansen och rörelsekvaliteten. Funktionsförmågan bedöms

med jämna mellanrum enligt hur rehabiliteringen framskrider. Hjälpmedel används inte i onödan om funktionsförmågan är bra. En princip för fysioterapi är att patienten gör själv så mycket som möjligt. Före patienten självständigt börjar flytta på sig ser någon i vårdpersonalen till att tekniken är tillräckligt trygg.

*”Mehän kartotetaan esimerkiksi nää mitä hän pystyy itse tekemään, ja sen mukaan sitten mennään ja otetaan ne apuvälineet ja katotaan se turvallinen siirtymistekniikka ja...”*

*”Niin, sitten kun toimintakyky paranee niin sitten tietenkin jätetään ehkä poisikin jopa, joku apuväline taikka... Niin, sen mukaan miten toimintakyky paranee niin mennään tietenkin. Että potilas tekis itse mahdollisimman paljon.”*

Redan en kort period av sängliggande eller begränsad fysisk aktivitet sänker snabbt allmänkonditionen, muskelkraften och balansen hos äldre personer. I fråga om sjuka personer rekommenderas det i mån av möjlighet att dagligen åtminstone stiga upp och ta några steg bredvid sängen för att upprätthålla andningssystemets och balansorganens funktion. Om patienten inte är kapabel att självständigt stiga upp, borde honom eller henne dagligen assisteras åtminstone till sittande ställning, och helst upp och stå. Balansen förbättras även i samband med dagliga aktiviteter, och därför borde man assistera patienten endast vid behov i tillexempel förflyttningar. (Pajala 2012 s.21-22)

### **5.3.3 Samarbete med andra vårdanstalter**

Samarbete med andra vårdanstalter och förhandsinformation om patienten ansågs spela en viktig roll i förebyggandet av fallolyckor. Om patienten skickas in från en annan vårdinstans, berättade vårdpersonalen att de gärna håller kontakt med personalen som redan vårdat patienten. Det kom fram att ibland skulle mera detaljerad information om patientens tillstånd vara nyttig för fortsatta vården. För det mesta ansåg vårdpersonalen att de fått tillräckligt information från tidigare vårdanstalter, men i vissa fall kunde informationen vara bristfällig. På grund av oförenliga patientinformationsprogram i olika städer och vårdinstanser har vårdpersonalen inte möjlighet att i förväg bekanta sig med patientuppgifter i elektroniskt form.

*”...Voidaan kysellä ja keskustella hoitajan kanssa joka on ehkä hoitanut potilasta, mut useasti keskustelija on semmoinen et ”Mä näin tänään sen ensimmäisen kerran tän potilaan, mutta täältä minä jotain kerron sinulle”.”*



*”Sit just nää lähetteet toisesta sairaalasta, jos heillä on tietoa et se (potilas) vähän niin kuin horjahtelee tai niin edelleen, niin ihan rehti kertominen siitä, tai yli laitojen tulee. Kun välillä saa sitten lypsää ihan, kysyä että onko laitoja pidetty (ylhäällä)... ”No kyllä, kun se on yrittäny laitojen yli”... Kertoa näitä.”*

*”Ihan niin kuin me voitais estää potilaan tänne tulemistä jos se on ollut vaikka magneettiliiveissä, ei me voida sanoa et okei, ei oteta sitä jos se on ollut liiveissä, tännehan se kummiskin tulee. Että rehdisti kerrotais mitä sille on tapahtunut entisessä paikassa, et meillä olis valmiina aika paljon tietoa sitten, ja voitais siitä jatkaa hoitamista ja...”*

#### **5.3.4 Uppföljning av mediciners inverkan och individuell medicinering**

En välplanerad medicinering spelar en viktig roll i förebyggandet av fallolyckor. Redan användning av tre olika mediciner ökar risken för fall. (Pajala s.35) Mediciner ska användas bara vid behov, men de mediciner som behövs måste tas vid rätt tidpunkt.

Avdelningarna har sina egna avdelningsfarmaceuter som går genom medicineringen hos patienterna, och följer efter hur medicinerna passar ihop samt vilka tider de borde ges. Medicineringen och uppföljningen av rätt slags medicinering upplevdes som viktigt med tanke på förebyggande av fall. Medicineringen granskas genom om klienten har stor risk att falla, och vid behov förminskas eller ändras på doseringen.

Det kom fram under intervjun att man försöker undvika att använda för stark medicinering, eller t.ex. lugnande mediciner som inte passar till patienten eller ger upphov till långvarig sömnighet. Principen av att använda möjligast lite lugnande mediciner ökar arbetsmängden hos vårdpersonalen, men ansågs vara en viktig etisk princip. När det är frågan om patienter som har tendens att rymma på grund av minnessjukdomar eller förvirring, försöker vårdpersonalen lugna ner patienten med hjälp av närvaro och diskussion.

*”Yritetään ylipäättään välttää, vaikka täälläkin on tämmöisiä hyvin liikkuvia muistisairaita ihmisiä, niin ei lääkittä liikaa sillä tavalla et olis vaara että he rupeavat sitten kaatuilemaan. Se vaan vaatii sitten hoitajilta hirveän paljon kun aina joutuu juoksemaan perään ja aina vahtimaan. Mutta että lääkkeillä häntä (potilasta) ei yritetä laittaa liikkumattomaksi.”*

Blodtrycksmedicinerna ansågs till en viss del vara problematiska på avdelningen. En del av vårdpersonalen upplevde att patienter har för låga blodtryck på grund av medicinerna, och har därför har svindel osv. Blodtrycket följdes konstant men ändringar på medicineringen gjordes ganska långsamt enligt vårdpersonalen. Vårdpersonalen ansåg att lösningen till detta skulle vara att man snabbare reagerar på för låga blodtryck för att inte låta patienten falla på grund av dem.

Flermedicineringen hos äldre människor har ökat märkbart under de senaste åren. Verkligheten av medicinerna och speciellt bieffekterna av dem ökar med stigande åldern på grund av fysiska förändringar i kroppen. Enligt IKINÄ -handboken borde medicineringen av en åldrad människa kontrolleras med ett halvt års mellanrum när hälsotillståndet förändras, då man planerar att påbörja en ny medicin eller då personen har fallit. Mångprofessionellt samarbete mellan läkaren, farmaceuten och vårdpersonalen gör medicinska vården tryggare och hjälper till att förebygga fallolyckor. Hos en åldrad person som använder 10 eller mer mediciner, är fallrisken åttafaldig jämfört med en person som använder bara en medicin. (Pajala 2012 s.35-38)

## **5.4 Faktorer som har samband med patienten**

### **5.4.1 Näringstillstånd**

Kosten och patientens näringstillstånd beaktas på avdelningarna genom att följa klientens matvanor. Vid misstanke om försämrat näringstillstånd används MNA (Mini Nutritional Assessment) -mätaren för att kartlägga verkliga kostintaget och näringstillståndet hos patienten. Matbeställningen kan enligt behovet fyllas så att den serverade maten är speciellt protein- eller energirikt. För patienter som lider av undernäring strävar man till att servera energirikt mat. Även behovet av vätska lyftes upp vid intervjun; man strävar till att följa vätskeintaget så att klienterna inte skulle lida av vätskebrist. Matdagböcker används vid behov för att se helhetsbilden av kostintaget.

*"Jos vaikuttaa siltä että potilaalla on riski aliravitsemukseen ja ei syö kunnolla, niin sit me ollaan ravitsemusterapeutilta saatu semmoiset ruokapäiväkirjat, mitä nyt esimerkiksi 1-3 päivää täytetään ja katotaan että miten se potilas todellisuudessa syö sen yhen päivän aikana. Ja sit mietitään että miten me voidaan sitten sitä ravitsemusta parantaa, on*

*energiajuomaa ja enemmän proteiinirikasta ruokaa (...) Mutta jos potilas ihan totaalisesti kieltäytyy syömästä niin eihän me voida pakottaakaan...”*

Enligt IKINÄ -handboken är en mångsidig kost och ett tillräckligt vätskeintag en viktig del av förebyggandet av fallolyckor hos en äldre person. Av de äldre personer som lever i vårdanstalter och sjukhus lider 14-39% av undernäring eller fel slags näring. Risken av fel slags näringsintag måste upptäckas i tid, för att den försvagade hälsan som de leder till ökar risken för fallolyckor. Även symtom, som t.ex. förvirring, trötthet, nedsatt funktionsförmåga, försnabbad muskelatrofi, svindel och försvagad kroppskontroll, som kan vara följder av fel slags kostintag, ökar risken för fall. (Pajala 2012 s. 40)

Vårdpersonalen på hälsovårdscentrals bäddavdelningar var medveten om riskerna som försämrat näringstillstånd ger upphov till, och med hjälp av den nya verksamhetsmodellen för matbeställningar kan näringstillståndet hos patienterna följas och förbättras effektivare. Självbestämmanderätten skall beaktas och respekteras även i frågan om matvanor. Detta verkade vara viktigt för vårdpersonalen. När en patient vägrar sig att äta eller näringsintaget är inte tillräckligt, bjuds det bl.a. energidrycker istället.

#### **5.4.2 Hur kan patienten med rädsla för att falla stödas?**

Rädsla för att falla var ett bekant fenomen för vårdpersonalen. Vårdpersonalen berättade att de strävar till att stöda klienten som är rädd, vara med och handleda rörelsen samt erbjuda lämpliga hjälpmedel. Att skapa en trygghetskänsla och tillit till vårdpersonalen togs upp som viktiga faktorer. Rädslan för att falla beror ofta enligt vårdpersonalen på att patienten är rädd för smärtan som orsakas av fallolyckan. Ifall klienten har fått vänta länge på hjälp efter att han eller hon fallit, eller fallolyckan har upplevts som traumatisk, speglas det till beteendet på avdelningen. Det ansågs vara viktigt att patienten känner sig trygg under vistelsen på sjukhus.

*”Kyllähän se usein on niin että jos joku on kaatunu, pahasti kaatunut, niin siitä jää ihan hirveä pelko, et se ei lähde vanhan ihmisen päästä pois. Mut se että täällä ei liikuta niin mun mielestä harvemmin on sitä kaatumisen pelkoa, se on siitä kivusta tai jostain muusta.”*

*”Niin, ja monesti musta siihen liittyy siihen kaatumisen pelkoon just se kivun pelko, et ehkä ku sit on oikeen kipee potilas niin sit tavallaan sillä on vähän niin kuin ne kaikki pelot siinä samalla.”*

*”Tai just siihen kaatumiseen on liittynyt joku että sitten on odottanut apua hirveen kauan kotona tai jotain, et se on niin kuin kaiken kaikkiaan ollu sellainen traumaattinen kokemus niin.. Kyllä se täällä sit heijastuu.”*

Vårdpersonalen upplevde att rädslan för att falla syns i avdelningarnas vardag. Informanterna hade dock inte märkt att rädslan för fallolyckor skulle leda till minskad fysisk aktivitet hos patienterna. Det är viktigt att följa patientens beteende efter en fallolycka, och uppmuntra till fysisk aktivitet och delaktighet om det upptäcks tecken på isolering eller tillbakadragenhet. Patientens rädsla tas på allvar, men rädsla för smärtan i samband med fall borde kunna behandlas och diskuteras med patienten.

I IKINÄ- handbokens testavsnitt finns två frågeformulär, med vilka man kan kartlägga patientens upplevelse av sin balans och rädslan för att falla. ABC (The Activities-specific Balance Confidence Scale) -skalan mäter känslan av upplevd säkerhet i olika vardagssituationer som kräver balans. Med hjälp av FES-I-FIN -frågeformulären kan man kartlägga rädslan för fall. Dessa frågeformulär kan vara grund för diskussioner med patienten om vad som känns svårt och skrämmande. Informationen som diskussionerna ger hjälper vårdpersonalen att stöda och uppmuntra patienten i de situationer där det mest behövs. I rehabiliteringen är det viktigt att beakta psykiska faktorer som hindrar eller försvårar aktiviteten, och rädslan för fall kunde diskuteras även i samband med fysioterapi.

#### **5.4.3 Kognitionens betydelse i förebyggandet**

*”...Täällä potilailta puuttuu se sairauden tunne monesti, ne ei tunne sitä. Niillä ei ole sitä tunnetta edes et mä en pysty kävelemään, sit ne lähtee yrittämään siitä, nokittaa siitä sängyn reunalta.”*

Vårdpersonalen upplevde att patienter med kognitiva problem inte alltid känner hur sjuka de är och att de därför överskattar sina förmågor och krafter. När patienten inte känner behovet av assistans, är risken för att falla större. Upplevelsen av den egna fysiska konditionen kan vitt skilja sig från den verkliga situationen. Enligt IKINÄ- hand-

boken har alla minnessjuka en stor risk att falla. Flera symtom och följder av minnessjukdomar, som t.ex. glömska, förändringar i vaksamheten och förvirring ökar risken för fallolyckor. Även mediciner som används i vården av minnessjukdomar ökar på risken. En lindrig minnessjukdom kan försvaga balansen, reaktionsförmågan, och motoriken samt orsaka problem i gångförmågan. (Pajala 2012 s.67)

## **5.5 IKINÄ -funktionsmodellen och vårdpersonalens inställning till den**

IKINÄ -funktionsmodellen och -handboken var bekant för en del av informanterna. En del hade varit på IKINÄ -utbildningen och en av informanterna skulle gå den senare. Informanterna som hade varit på utbildning kände igen IKINÄ -handboken, men hade inte bekantat sig desto noggrannare med den. Första reaktionen för de flesta var att de inte visste vad konceptet handlade om. IKINÄ -handboken fanns tillgänglig på avdelningarna, men en del av respondenterna visste inte om detta. En del hade sett boken men inte bekantat sig med den.

*”En ole ikinä kuullut.”*

*”Hei mä näin ton (IKINÄ -oppaan) kahvihuoneen pöydällä!”*

*”Kansikuvan oon nähny.”*

*”Toi opashan löytyy meiltä tuolta, me ostettiin kyllä.”*

På bägge avdelningarna verkade det som IKINÄ -testbatteriet och handboken inte skulle vara i aktivt bruk. Flera informanter kände igen testerna från andra sammanhang, och en stor del av testerna användes aktivt på avdelningarna, men de flesta informanterna visste inte att de tillhör IKINÄ -testbatteriet. Många hade varit på utbildningstillfället, men kände inte att de fått någon större nytta av den. De kände att utbildningen i första hand var upprepning om information som de redan kände till för att den hörde till yrkeskompetensen.

*”Se oli vähän niin kuin vanhan kertausta, miten sen nyt sanois, se koko koulutus.”*

*”Niin, se oli kyllä ihan totta, koska me ollaan kuitenkin kaikki ammattilaisia, jotka sieläkin kurssilla oli. Jotenkin tuntuu et olis voinu enemmän sitten just panostaa et olis*

*käyty joku testinkin ihan konkreettisesti läpi tai jotain, et nyt se oli hirveen semmoista pinnallista infoa mikä on ennalta tuttua jo kaikille oikeastaan.”*

Övriga tester verkade användas effektivt på avdelningarna. På akutavdelningen diskuterades behovet av att veta mera om testernas innebörd; de som inte höll på med testningen upplevde att de inte visste vad testresultaten återspeglar. En informant uttryckte att de används så många olika mätare på avdelningarna, att ibland känns det som att de förlorar sin betydelse. Även tanken om att man inte alltid behöver mätare för att kunna bedöma patientens funktionsförmåga, togs upp.

*”Joskus tuntuu että hukutaan mittareihinkin (...) Mä sanoin et jos on kauheesti niin ne menettää vähän merkityksensä, en mä sano jos on hirveesti...Me mitataan hirveesti asioita, mutta että kyllähän mulla hoitajan järkikin sanoo että milloin potilas on vaarassa kaatua; onko sillä villasukka jalassa vai onko sillä kunnon tossut. Ja onko ympäristö semmoinen, tai potilaan kunto sellainen että.. Tarvi siihen semmoista, että tietysti toki. Mut me ollaan rajallisia...”*

Den tredje forskningsfrågan, dvs. *Hur kunde IKINÄ -handboken tillämpas effektivt och testresultaten utnyttjas för att minska på fallolycksrisken på avdelningarna enligt vårdpersonalen*, blev utan svar. På grund av att undersökningen genomfördes som en kvalitativ intervju, fanns det en möjlighet att ändra på de centrala frågeställningarna under undersökningens lopp. På grund av bristande kännedom om IKINÄ, var det inte lätt att formulera en fråga som skulle vara liknande, och därför lämnades frågan som den formulerats i planeringsskedet. Resultatet tyder på att det några månader efter IKINÄ -utbildningen inte fanns en fullständig medvetenhet om IKINÄ -konceptet på avdelningarna.

## **6 SAMMANFATTANDE DISKUSSION**

Som redan tidigare nämnts krävs det mångprofessionellt samarbete för att förebygga det av fallolyckor skulle vara effektivt. Enligt intervjumaterialet kan man dra slutsatsen att vårdpersonalen är mycket medveten om att risken för fallolyckor finns hos många patienter, och har skapat praktiska åtgärder och praxis som hindrar fallolyckor. IKINÄ -handboken är inte i vardagsbruk på avdelningarna, men en del av testerna användes re-

dan före IKINÄ -utbildningen på avdelningarna. Även en del andra tillvägagångssätt på avdelningen stämmer överens med IKINÄ -handbokens rekommendationer.

Vårdpersonalens attityder och inställning till förebyggandet av fall kan ha en stor betydelse för hur olika projekt tas i bruk på avdelningarna. Utöver det finns det även ett krav på resurser och tid för att bekanta sig med ett nytt koncept, implementera det i vårdarbetet och utvärdera samt utveckla nya funktionsmodeller. Det är klart att detta kräver tid och engagemang. Användning av IKINÄ -konceptet och testerna samt ifyllande av blanketter kan till en början vara tidskrävande. Övriga nämndes inte tidsbristen en enda gång under intervjutillfällena som en orsak till försämrade beaktande av risken för fall, eller till att konceptet och handboken inte hade tagits i bruk.

Linjedragningen i förebyggande av fallolyckor på avdelningen var inte lika tydlig som den kunde vara. Det fanns mycket kunskap på båda avdelningarna, men jämfört med IKINÄ -handbokens instruktioner fanns det inga klara riktlinjer i hur man gör. Fallolyckorna diskuterades och det gjordes anmälan i patientsäkerhetssystemet när någon föll, men klara riktlinjer för vad som ska göras då en patient har en ökad risk för att falla finns inte. I många fall är risken av att falla bara en del av helhetsproblematiken som skall beaktas i vården av patienten. I akuta fall och problematiska sjukdomstillstånd fokuseras vården oftast på andra åtgärder, och förebyggandet av fall glöms bort.

Problemet med IKINÄ -programmet kan vara att det är ett av många liknande program som man försöker tillämpa i sjukhusmiljön. För att ett projekt i praktiken ska börja fungera behövs det ett plan för hur projektet kommer att tas i bruk och systematiseras, vem som har ansvaret för helheten, samt hur möjliggörs tid för planering. Risken är stor att man inte förverkligar åtgärderna eller råden från en utbildning om det blir oklart vem som ska leda projektet vidare.

Om IKINÄ -testbatteriet och handboken önskas tas i aktivt bruk på sjukhusen runt om i Finland, tyder intervjuresultaten på att utbildningen borde organiseras på ett praktiskt sätt och vara mer detaljerad. Annars finns det en stor risk att konceptet inte tillämpas på det sättet som planerat. För att handboken kommer att tas i aktivt bruk måste konceptet och nyttofaktorerna vara klara för vårdpersonalen. Man kan inte ge ansvaret av förverkligande och inläring till personalen genom att förvänta sig att de av sitt eget initiativ under arbetstiden läser boken samt bekantar sig med och övar på testerna. Fast en del av

respondenterna kände till boken, är den inte till stor nytta om innehållet inte tas i bruk i praktiken. Ifyllandet av blanketterna får inte bara vara ett värde i sig, resultaten måste synliggöras i avdelningens vardag för att bli värdefulla. Om testerna och konceptet inte används ändamålsenligt, utgör kartläggningarna bara ett hinder för vårdarbetet.

I IKINÄ- funktionsmodellen rekommenderas rådgivning som en åtgärd för att minska risken för fall hos äldre personer, som inte har råkat ut för en fallolycka. Enligt en undersökning gjord av Gillespie et.al. (2009) minskar rådgivningen varken antalet fall eller risken för fall. Finska Gängse vård- rekommendationen om att rådgivning inte fungerar som enda åtgärd för förebyggande av fall baserar sig på denna undersökning (Käypä hoito: Lonkkamurtuman hoitosuositus 2011) Därmed finns det en viss motstridighet för hur man går tillväga enligt IKINÄ -handboken, och vad forskningsresultaten och de gällande vårdrekommendationerna anger, när de handlar om hur fallolyckor borde förebyggas för de personer som ännu inte har fallit.

Enligt forskningsresultat som presenterats tidigare finns det bevis på att magnetbälten och att binda fast patienten inte har bevisats minska risken på fall. Det kan diskuteras om detta verkligen stämmer, eller är det frågan om att bindandet inte varit konsekvent, och att i de undantagsfall då man inte bundit patienten är risken för fall mycket högre på grund av en försämrad rörelseförmåga och muskelkraft som är en följd till immobilisering. Många patienter är inte i fysiskt tillräckligt bra skick för att tryggt röra på sig utan assistans, och på grund av kognitiva problem är risken stor att behövliga hjälpmedel inte används på ändamålsenligt sätt. Med många patienter övas gången endast i samband med fysioterapi på grund av att patientens allmäntillstånd inte är tillräckligt bra för att han eller hon skulle klara sig utan fysisk handledning.

Det finns många patienter som vandrar och är rastlösa. På de undersökta avdelningarna användes bindning som ett sätt att minska på antalet fall. Vården borde alltid vara evidensbaserad, och om det inte finns bevis på att bindning minskar risken att falla, kan den inte användas som en förebyggande åtgärd. Ett problem är hur vårdpersonalen kan trygga att patienterna inte faller när de lämnas utan uppsikt. En tolkning av forskningsresultat är att man ska låta patienterna vandra trots fallrisken. Tillexempel på en rehabiliteringsavdelning finns det sällan resurser att övervaka patienten dygnet runt. Då måste man se till att patienten får tillräckligt med motion, och förs tillräckligt ofta till toaletten för att avbryta största rastlösheten. Vårdarbetet måste göras inom de resurser som det



finns, och här kunde tillämpas forskningsresultat och rekommendationen som säger att så ofta som möjligt under dagtid leda patienterna till gemensamma utrymmen där det är lättare att övervaka dem.

Om patientens fysiska aktivitet och självständighet begränsas av faktorer som rädslan för att använda sig av trånga toaletter, gå på hala golv och ha opassliga skor på sig, har dessa faktorer direkt påverkan på vårdkvaliteten och resultaten för rehabiliteringen.

Ingen i personalen tog upp behovet av fortsatt utbildning inom förebyggande av fall. På ena avdelningen diskuterades behovet av att öka kunskap om de balanstester och mätare som används på avdelningen. Detta skulle innebära mångprofessionellt arbete och att olika yrkesgrupper kunde dela med sig av den kunskap de har. Det kom fram att alla inte hade en gemensam syn eller kunskap om de tester och mätare som används, och att det skulle finnas ett behov av att tillsammans gå dessa igenom. Ifall resultatet av testerna inte uppfattas i avdelningens vardag finns det en risk av att testerna görs i onödan.

## **7 AVSLUTNING**

### **7.1 Kritisk granskning av arbetet**

Man kan anta att brist på erfarenhet speglades i intervjuerna och innehållsanalysen. Intervjuerna var tidsmässigt planerade genast efter varandra, vilket ledde till att det inte fanns tid att reflektera över möjliga misstag eller förbättringar mellan dem. En del respondenter hade bråttom att fortsätta sitt arbete efter intervjun, vilket ledde till att koncentrationen började avta mot slutet.

Etiskt sett lyckades intervjun och analysen genomföras väl. Validiteten och reliabiliteten beaktades i stora drag så som planerat. Informanterna hade sett foljebrevet och intervjuguiden i förväg, och alla informanter hade skrivit under blanketten för informerat samtycke. Frivilligt deltagande är ändå värt att analysera noggrannare. Valet av att delta eller inte påverkas av gruppdynamiken på avdelningarna och relationen till avdelningsledningen. På grund av att fallolyckor ses som ett viktigt ämne på avdelningarna och av avdelningsledningen, kan det hända att man indirekt tvingas delta på grund av grupptryck, eller måste motivera varför man inte vill delta.

## 7.2 Arbetets betydelse och förslag för vidare forskning

Examensarbetets resultat är förhoppningsvis betydelsefullt för både Institutet för hälsa och välfärd och för det undersökta hälsovårdscentralens sjukhus. Det framkom klart att IKINÄ - utbildningen inte nått vårdpersonalen på det sättet som planerats, och att det finns en risk för att IKINÄ -konceptet inte tas i systematiskt bruk efter utbildningstillfället. Detta tyder på att utbildningens implementering borde följas upp. Som önskemål uttryckte respondenterna att utbildningen skulle vara mera praktiskt inriktad och innehålla genomgång av tester från handboken. Det skulle även behövas instruktioner för hur IKINÄ -konceptet och – handboken bäst kan tas till bruk efter själva introduktionsutbildningen.

På den undersökta hälsovårdscentralens bäddavdelningar kan examensarbetet förhoppningsvis väcka diskussion om skillnader och överensstämmelser mellan aktuell vårdpraxis och IKINÄ -rekommendationerna. IKINÄ -utbildningens betydelse, och hur nya projekt och koncept tas i bruk så att de underlättar vårdarbetet istället för att belasta vårdpersonalen, blir också en viktig följdfråga. Då nya koncept tas i bruk i fortsättningen finns det ett behov att planera hur teorin ska implementeras i praktiken och i bästa fall utbilda hela personalen.

Som förslag på vidare forskning föreslås undersöka hur det mångprofessionella samarbetet och informationsförmedlingen i förebyggande av fallolyckor mellan olika vårdanstalter kunde effektiviseras, samt hur små förändringsarbeten som halkskyddsmattor i badrummet och organisering av bättre förvaringsutrymmen för hjälpmedel påverkar risken för fall. Även att utreda hur patienterna själva upplever riskfaktorerna på bäddavdelningar skulle vara av stort värde. Från fysioterapeutiska synvinkeln skulle ett intressant tema att utreda vara om ökning av handledd fysisk aktivitet skulle minska på vandrandet av minnessjuka patienter och på det sättet minska antalet fall. Uppmuntran till självständighet och fysisk aktivitet kan inom kort tidsram öka på antalet fall, men det kvarstår att utreda hur antalet fallolyckor i långa loppet förändras, om man slutar använda skyddsbälten och begränsa rörelseförmågan i avsikt att förebygga fall, och istället uppmuntrar och stöder fysisk aktivitet.

### **7.3 Avslutande reflektion**

Examensarbetsprocessen har väckt mycket tankar och funderingar kring patientsäkerheten och fallolyckor. Den viktigaste saken som jag förstått under skrivprocessen är att förebyggandet av fall inte betyder överbeskyddande av patienter, snarare tvärtom. Att förebygga fall innebär att öka livskvaliteten hos patienter och handleda dem till att vara självständiga så länge det är möjligt. Från tankesättet att patienten är passiv och omgivningen ska förändras så är det viktigt att man kommer vidare och kan beakta faktorer som mångsidigt främjar och stöder patientens egna resurser och behov.

## 10 KÄLLOR

### *Böcker*

Nygaard, Harald 2005. (Bondevik, Margareth & Nygaard Harald red.) 2005. *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur. 389s.

Dehlin, Ove & Rundgren, Åke. 2007, *Geriatrisk*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, 415s.

Jäntti, Pirkko 2008 (från Hartikainen, Sirpa & Lönnroos Eija red. *Geriatrisia – Arvioinnista kuntoutukseen*) *Kaatumiset ja niiden ennaltaehkäisy*, 1.-2. uppl., Helsinki: Edita. 352s.

Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. 1997, *Forskningsmetodik -Om kvalitativa och kvantitativa metoder*, Lund: Studentlitteratur, 360s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring –Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur, 316s.

Kvale, Steinar. 1997, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur, 306 s.

Lönnroos Eija 2008 (från Hartikainen, Sirpa & Lönnroos Eija red. *Geriatrisia – Arvioinnista kuntoutukseen*) *Lonkkamurtumapotilaan hoito ja kuntoutus*, 1.-2. uppl., Helsinki: Edita. 352s.

Morgan, Daniel L. 1997, *Focus groups as qualitative research*. 2. uppl., United States of America: Sage publications. 80s.

Pajala, Satu. 2012, *Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy*, Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print -Tampereen yliopistopaino. 183s.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2003, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 1-2. uppl., Helsinki: Tammi. 159s.

### *Elektroniska källor*

Carrol, Diane L., Dykes, Patricia C., Hurley, Ann C.: *Patients' perspectives of falling while in acute care hospital and suggestion for prevention*. Applied nursing research.

Tillgänglig: <http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897%2808%2900113-4/fulltext> Hämtad: 12.8.2013

Corsinovi, Laura; Bo, Mario; Aimonino, Nicoletta Ricauda et. al. *Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to acute geriatric unit*. Archives of Gerontology and Geriatrics. Tillgänglig: <http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943%2808%2900123-4/fulltext> Hämtad: 25.10.2013

FOS A (Finlands officiella statistik): *Avlidna* [e-publikation]. Helsingfors: Statistikcentralen. Tillgänglig: [http://www.stat.fi/til/kuol/index\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/kuol/index_sv.html) Hämtad: 12.10.2013

FOS B (Finlands officiella statistik), *Befolkning efter ålder 1900–2060 (åren 2020–2060: prognos)* Tillgänglig: [https://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn\\_2012\\_2012-09-28\\_tau\\_001\\_sv.html](https://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tau_001_sv.html) Hämtad 20.7.2013

Frisina, Pasquale G.; Guellnitz, RN och Alverzo, Joan 2010. *A time series analysis of falls and injury in the inpatient rehabilitation center*. Tillgänglig: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00039.x/abstract> Hämtad: 20.7.2013

Gillespie, Suzanne M. & Friedman, Susan M. 2007. *Fear of falling in new long-term care enrollees*. National institutes of health. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2043160/> Hämtad 20.7.2013

Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ. 2009. *Interventions for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Database Syst Rev. Tillgänglig: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub2/abstract> Hämtad: 20.7.2013

Haines, Terry P. & Waldron, Nicholag G.: *Translation of falls prevention knowledge into action in hospitals: What should be translated and how should it be done?* Journal of Safety Research. Tillgänglig: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022437511001137> Hämtad: 10.5.2013

Hälsö- och sjukvårdslag 8§; *Kvalitet och patientsäkerhet*, Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8> Hämtad 10.10.2013

Käypä hoito: Lonkkamurtuma (vårdrekommendationen 10.6.2011) Tillgänglig:  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50040#R61>  
Hämtad 5.10.2013

Lee, JE & Stocik DS 2008. *Risk factors for falls during inpatient rehabilitation*. Tillgänglig:  
[http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F5426083\\_Risk\\_factors\\_for\\_falls\\_during\\_inpatient\\_rehabilitation%2Ffile%2F79e41508565f25927a.pdf&ei=Uhd3Up7lGOWJ4ASkzYGYDw&usq=AFQjCNFenW8FA7V4wrQgZa11zncW4YVroA&bvm=bv.55819444,d.bGE](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F5426083_Risk_factors_for_falls_during_inpatient_rehabilitation%2Ffile%2F79e41508565f25927a.pdf&ei=Uhd3Up7lGOWJ4ASkzYGYDw&usq=AFQjCNFenW8FA7V4wrQgZa11zncW4YVroA&bvm=bv.55819444,d.bGE) Hämtad: 7.9.2013

Mentalvårdslagen 22d §: *Begränsning av rörelsefriheten*, Tillgänglig:  
[http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=mentalv%C3%A5rds%20lag#L4aP22d](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=mentalv%C3%A5rds%20lag#L4aP22d) Hämtad 20.10.2013

Oliver, David: *Preventing falls and injuries in hospital: a major risk management challenge*, Tillgänglig: <http://cri.sagepub.com/content/13/5/173.abstract> Hämtad: 7.4.2013

Robinovitch, Stephen N.; Feldman, Fabio; Yang, Yijian Yang; Schonnop, Rebecca; Luen, Pet Ming; Sarraf, Thiago; Sims-Gould, Joanie; Loughin, Marie. *Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: An observational study*. Tillgänglig: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2961263-X/fulltext> Hämtad: 25.10.2013

Suomen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013 Tillgänglig:  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)  
Hämtad 10.10.2013

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt 2011, *Kaatumiset yleisin tapaturma-kuoleman* syy  
Tillgänglig: [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt\\_2011\\_2012-12-21\\_kat\\_005\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_kat_005_fi.html)  
Hämtad 26.2.2013

THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) *PERFECT: Lonkkamurtumapotilaiden perustiedot sekä tietoja hoidosta ja sen vaikuttavuudesta*, Tillgänglig:

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect/lonkkamurtuma/perusraportit](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect/lonkkamurtuma/perusraportit)

Hämtad: 20.10.2013

THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) 2013 A, *Piste tapaturmille: Iäkkäiden tapaturmat*, Tillgänglig: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat) Hämtad 26.3.2013

THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) 2013 B, *Piste tapaturmille, IKINÄ- toimintamalli kaaviona*, Tillgänglig: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/ikina-opas](http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/ikina-opas) Hämtad 10.9.2013

Tilastokeskus: Reliabiliteetti. Tillgänglig: <http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/reliabiliteetti.html> Hämtad 10.9.2013

Tilastokeskus: Validiteetti. Tillgänglig: <http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/validiteetti.html> Hämtad 10.9.2013

Valvira: *Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö*, Tillgänglig: [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/liikkumista\\_rajoittavien\\_turvavälineiden\\_kaytto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto) Hämtad: 25.10.2013.

Walker, Wendy: *Promoting a safe environment for confused older people at risk from falling in hospital*, Journal of Orthopaedic nursing/ Tillgänglig: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1361311104000317> Hämtad: 7.4.2013

WHO (World Health Organization) 2012. *Falls, Media centre Fact sheet N°344*, Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/> Hämtad: 20.2.2013

WHO (World Health Organization) 2007. *WHO Global report on falls prevention in older age*, Tillgänglig: [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf) Hämtad: 3.9.2013

Kutsu ryhmähaastattelututkimukseen

Hyvä vastaanottaja,

Olen kolmannen vuoden fysioterapian opiskelija ammattikorkeakoulu Arcadasta. Teen kaatumisonnettomuuksia käsittelevää opinnäytetyötä yhteistyössä [REDACTED] terveyskeskussairaalan ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa.

Tarkoitukseni on tehdä moniammatillinen ryhmähaastattelututkimus [REDACTED] terveyskeskussairaalassa kevään 2013 aikana.

Ryhmähaastattelututkimuksen tavoitteena on selvittää [REDACTED] terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan näkemyksiä siitä, miten osastoilla ehkäistään kaatumisia, miten kaatumisten määrää voisi vähentää sekä miten THL:n IKINÄ- opasta ja kaatumisriskin arviointimittareita voi tehokkaammin hyödyntää sairaalatyössä. Haastateltava ryhmä koostuu 6-8 hoitohenkilökuntaan kuuluvasta henkilöstä (mm. fysioterapeutit, sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat). Ryhmähaastattelu kestää noin 1,5 tuntia.

Tutkimuksen tulokset julkaistaan sekä kirjallisena opinnäytetyönä että ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseuksessa internetissä. Haastateltavat esiintyvät haastatteluraportissa anonyymeinä. Tulokset julkaistaan niin, ettei niitä voi yhdistää yksittäiseen vastaajaan. Haastattelutilanteessa tallennetut äänitteet ja muu haastattelumateriaali käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Opinnäytetyön ohjaaja

Elina Valkonen

Fysioterapian lehtori

elina.valkonen@arcada.fi

Göta Kukkonen

p. 0505617273

gota.kukkonen@arcada.fi

p. 0400260881, 0207699427



## Informoitu suostumus

Olette osallistumassa ryhmähaastattelututkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää miten [REDACTED] terveyskeskussairaalalla ehkäistään potilaiden kaatumisonnettomuuksia. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja Teillä on oikeus keskeyttää haastattelu osaltanne milloin tahansa kertomatta siihen syytä.

Tutkimuksen tulos julkaistaan sekä kirjallisena opinnäytetyönä että ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseuksessa internetissä. Haastattelutulokset julkaistaan niin, ettei niitä voi yhdistää yksittäiseen vastaajaan. Haastattelutilanteessa tallennetut äänitteet ja muu haastattelumateriaali käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

☐ Olen lukenut yllä olevan tiedon ja annan suostumukseni haastattelun tekoon näillä ehdoilla

---

Aika ja paikka

---

Allekirjoitus

---

Nimenselvennys

## HAASTATTELURUNKO

### 1. Miten kaatumisia ehkäistään?

- Millä tavalla potilaan liikkumista (tasapaino, lihas- ja kestävyyskunto) ja siirtymisiä tuetaan osastolla?
- Millä tavoin ympäristön riskitekijät huomioidaan osastolla (huonekalut, esteettömyys)?
- Millä tavoin turvallisten jalkineiden, apuvälineiden ja suojien käyttöä seurataan?
- Millä tavoin ravitsemus ja lääkehaitat otetaan huomioon?
- Miten potilaan kaatumispelkoon suhtaudutaan?

### 2. Miten kaatumisriskiä voisi pienentää?

- Mitkä asiat vaikuttavat kaatumisriskin huomiointiin positiivisesti/negatiivisesti?
- Millä keinoin kaatumisriskiä voisi pienentää?

### 3. Mittareiden ja IKINÄ -oppaan käyttö

- Tunnetaanko IKINÄ -testistö osastoilla?
- Millaista hyötyä testeistä koetaan olevan?
- Miten testitulokset näkyvät osaston arjessa?
- Onko hoitohenkilökunnalla yhtenäinen käsitys testitulosten merkityksestä?
- Miten testien käyttöä voisi tehostaa?